

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1938

THÈSE **361**<sup>N°</sup>

POUR LE

DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

**SAUZE (Maurice-Jean-Gabriel)**

né le 29 Août 1909, à Paris

---

**Contribution  
à l'étude du Traitement  
des épididymites aiguës  
non tuberculeuses par la  
vaccination à la  
porte d'entrée**

---

Président : M. G. MARION, Professeur de Clinique Urologique

---

ÉDITIONS O. LESOURD

252 - Faubourg Saint-Honoré - PARIS

— 1938 —







FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1938

THÈSE

N<sup>o</sup>

POUR LE

DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

SAUZE (Maurice-Jean-Gabriel)

né le 29 Août 1909, à Paris

---

**Contribution  
à l'étude du Traitement  
des épididymites aiguës  
non tuberculeuses par la  
vaccination à la  
porte d'entrée**

---

Président : M. G. MARION, Professeur de Clinique Urologique

---

ÉDITIONS O. LESOURD

252 - Faubourg Saint-Honoré - PARIS

— 1938 —

I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                           |                    |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie .....                                                            | ROUVIERE.          |
| Physiologie .....                                                         | Léon BINET.        |
| Physique médicale .....                                                   | STROHL.            |
| Chimie médicale .....                                                     | POLONOVSKI.        |
| Bactériologie .....                                                       | Robert DEBRE.      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                        | BRUMPT.            |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                               | BAUDOUIN.          |
| Pathologie médicale .....                                                 | ABRAMI.            |
| Pathologie chirurgicale .....                                             | CHEVASSU.          |
| Anatomie pathologique .....                                               | LEROUX.            |
| Histologie .....                                                          | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale .....                                   | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique .....                                                       | HARVIER.           |
| Hygiène et médecine préventive .....                                      | TANON.             |
| Médecine légale .....                                                     | BALTHAZARD.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                          | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                                | FISSINGER.         |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                            | CHIRAY.            |
|                                                                           | LOEPER.            |
| Clinique médicale .....                                                   | CANOT.             |
|                                                                           | CLERC.             |
|                                                                           | Marcel LABBE.      |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                          | LEREBOUTLET.       |
| Clinique des maladies des enfants .....                                   | NOBECOURT.         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de<br>de l'encéphale ..... | H. CLAUDE.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....                     | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                            | GUILLAIN.          |
| Clinique des maladies infectieuses .....                                  | LEMIERRE.          |
|                                                                           | CUNEO.             |
| Clinique chirurgicale .....                                               | GOSSET.            |
|                                                                           | GREGOIRE.          |
|                                                                           | LENORMANT.         |
| Clinique ophtalmologique .....                                            | TERRIEN.           |
| Clinique urologique .....                                                 | MARION.            |
|                                                                           | COUVELAIRE.        |
| Clinique d'accouchements .....                                            | JEANNIN.           |
|                                                                           | LEVY-SOLAL.        |
| Clinique gynécologique .....                                              | MOCQUOT.           |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                       | OMBREDANNE.        |
| Clinique thérapeutique médicale .....                                     | RATHERY.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                                   | LEMATRE.           |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                                 | Pierre DUVAL.      |
| Clinique propédeutique .....                                              | M. VILLARET.       |
| Clinique de la Tuberculose .....                                          | BEZANÇON.          |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....                      | MATHIEU.           |
| Clinique cardiologie .....                                                | LAUBRY.            |
| Clinique d'Assistance Médico-sociale .....                                | CROUZON.           |
|                                                                           | HOVELACQUE.        |
| Professeurs sans chaire .....                                             | MULON.             |
|                                                                           | OLIVIER.           |
|                                                                           | VERNE.             |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

### MM.

AMELINE . . . Pathologie chirurgicale.  
 BARIETY . . . Pathologie médicale.  
 BENARD (Henri). Pathologie médicale.  
 BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.  
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.  
 BOULIN . . . Pathologie médicale.  
 BULLIARD . . . Histologie.  
 CATHALA . . . Pathologie médicale.  
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.  
 COSTE . . . Pathologie médicale.  
 DOGNON . . . Physique.  
 FEY . . . . . Urologie.  
 FUNCK . . . . Pathologie chirurgicale.  
 GALLIARD . . . Parasitologie.  
 GASTINEL . . . Bactériologie.  
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.  
 GAYET . . . . . Physiologie.  
 DE GENNES . . Pathologie médicale.  
 GIROUD. . . . . Histologie.  
 HAGUENAU . . Pathologie médicale.  
 HALPHEN . . . Oto-rino-laryngologie.  
 HAZARD . . . . Pharmacologie.  
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.  
 JOANNON . . . Hygiène.  
 LACOMME . . . Obstétrique.

### MM.

LANTUEIOL . Obstétrique.  
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.  
 LAVIER . . . . Parasitologie.  
 LELONG . . . . Pathologie médicale.  
 LEMAIRE . . . Pathologie expérimentale.  
 LEVEUF . . . . Pathologie chirurgicale.  
 Mlle J. LEVY . . Pharmacologie.  
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.  
 MENEGAUX . . Pathologie chirurgicale.  
 MOLLARET . . Pathologie médicale.  
 MOREAU . . . Pathologie médicale.  
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.  
 MOUQUIN . . . Pathologie médicale.  
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.  
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.  
 PORTES . . . . Obstétrique.  
 RENARD . . . . Ophtalmologie.  
 RICHEL . . . . Physiologie.  
 SANNIE . . . . Chimie biologique.  
 SENEQUE . . . Pathologie chirurgicale.  
 TROISIER . . . Pathologie expérimentale.  
 TURPIN . . . . Pathologie médicale.  
 VIGNES . . . . Obstétrique.  
 WILMOTH . . . Pathologie chirurgicale.

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

### MM.

ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.  
 BUSQUET . . . Pharmacologie.  
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.  
 GUENIOT . . . Obstétrique.  
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

### MM.

LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.  
 LE LORIER . . . Obstétrique.  
 SCHWARTZ . . Pathologie chirurgicale.  
 VAUDESCAL . . Obstétrique.

#### IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

| MM.              |                      | MM.               |                          |
|------------------|----------------------|-------------------|--------------------------|
| ALAJOUANINE .    | } Clinique médicale. | BASSET . . . . .  | } Clinique chirurgicale. |
| AUBERTIN . . .   |                      | BROCQ . . . . .   |                          |
| BRULE . . . . .  |                      | CADENAT . . . . . |                          |
| CHABROL . . . .  |                      | GATELLIER . . . . |                          |
| DONZELOT . . . . |                      | MOURE . . . . .   |                          |
| DUVOIR . . . . . |                      | QUENU . . . . .   |                          |
| LIAN . . . . .   |                      | VELTER . . . . .  |                          |
| PASTEUR-VAL-     |                      |                   |                          |
| LERY-RADOT       |                      |                   |                          |
| SEZARY . . . . . |                      |                   |                          |

#### MM.

|                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| ECALLE . . . . .  | } Clinique obstétricale. |
| METZGER . . . . . |                          |

#### V. — CHARGÉS DE COURS

#### MM.

|                                 |                      |
|---------------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé . . . . . | Education physique.  |
| LEDoux-LEBARD . . . . .         | Radiologie clinique. |
| RUPPE . . . . .                 | Stomatologie.        |
| WEIL-HALLE . . . . .            | Puériculture.        |

---

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Contribution à l'étude du  
Traitement des Épididymites  
aiguës non tuberculeuses  
par la vaccination  
à la porte d'entrée

---



A MON PÈRE  
A MA MÈRE

*En témoignage de ma profonde  
affection.*

A MA FEMME  
A MA FILLE DANIELLE

A MES FAMILLES  
A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR G. MARION

Professeur de Clinique urologique à la Faculté  
Chirurgien de l'Hôpital Necker  
Membre de l'Académie de Médecine,

*Qui nous fait le grand honneur d'ac-  
cepter la présidence de cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR TURPIN

Chevalier de la Légion d'honneur

Croix de Guerre

Professeur agrégé à la Faculté

Médecin de l'Hôpital Beaujon,

*Hommages respectueux pour la bien-  
veillance avec laquelle il nous a  
accueilli à la Consultation.*

A M. LE DOCTEUR MACHTOU

Médecin-chef du Service d'urologie et de dermatologie  
à l'Hôpital Franco-Musulman  
Officier de la Légion d'honneur,

*Hommage de notre respectueuse reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service.*

A M. LE DOCTEUR H. BORDIER

Assistant à la Consultation d'urologie des Hôpitaux  
Assistant d'urologie à l'Hôpital Franco-Musulman,

*Qui nous inspira le sujet de cette thèse.  
Hommage de profonde gratitude et d'affection.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

---

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

MONSIEUR LE DOCTEUR SOUPAULT

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANCON

MONSIEUR LE PROFESSEUR CLERC

MONSIEUR LE DOCTEUR H. GRENET

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

MONSIEUR LE DOCTEUR HEITZ-BOYER



## INTRODUCTION

Le traitement habituel classique des épидидymites non tuberculeuses, c'est-à-dire dues soit au gonocoque, soit à des germes dont le colibacille semble le plus fréquent, est d'une grande simplicité. Mais il ne satisfait personne car il est avant tout basé sur l'absence d'une thérapeutique active, c'est-à-dire sur le repos et sur l'attente.

Pourtant on a essayé d'adjoindre à cette absence de traitement « différents agents » thérapeutiques dont l'efficacité est sinon douteuse, tout au moins très inconstante. Au premier rang il faut citer la vaccinothérapie.

Mais celle-ci est surtout administrée par voie sous-cutanée ou intra-musculaire. Et en outre si le vaccin utilisé ne provoque pas de schock, notamment une réaction fébrile importante, l'action de celui-ci est moins sûre. De là à dire que toute médication déterminant un schock agirait aussi bien qu'un vaccin spécifique, il n'y a qu'un pas que beaucoup de médecins spécialistes ou non ont franchi.

Certains ont utilisé le vaccin anti-gonococcique en l'injectant par voie veineuse. D'autres ont eu recours au Dmelcos. D'autres encore au Propidon ou aux injections de lait. Les réactions déterminées étaient extrêmement intenses. Les résultats obtenus étaient extrêmement inconstants.

Ayant eu l'occasion de suivre la consultation de blennorrhagie de l'Hôpital du Nouveau Beaujon et la visite dans le service d'urologie de l'Hôpital Franco-Musulman, nous avons été à même d'apprécier les résultats favorables obtenus dans le traitement des épидидymites par la vaccination à la porte d'entrée selon la méthode que BASSET et POINCLOUX utilisaient pour traiter les arthrites gonococciques.

Nous avons nous-mêmes, dans ces services, soumis quelques malades à ce traitement et nous nous sommes rendus compte du gros avantage qu'il présentait sur les autres thérapeutiques.

C'est pourquoi nous avons résolu d'étudier, dans un travail d'ensemble qui groupe 112 observations, les effets de cette thérapeutique. Nos observations, en dehors des cas personnels nous ont été en majeure partie fournies soit par le Dr MACHTOU, médecin-chef du service de vénéorologie à l'Hôpital Franco-Musulman, soit par le Dr H.-R. BORDIER qui est l'assistant de M. le Professeur agrégé TURPIN, médecin-chef de la consultation de dermato-vénéorologie à l'Hôpital du Nouveau Beaujon. Nous les remercions tous trois de leur extrême obligeance.

Notre travail sera ainsi divisé :

- 1° Historique et principes de la méthode de vaccination régionale par la porte d'entrée ;
- 2° Etude sommaire des épididymites non tuberculeuses et de leur traitement ;
- 3° Technique de la méthode que nous utilisons ;
- 4° Nos observations et les résultats obtenus ;
- 5° Nos conclusions.

Qu'il nous soit permis de renouveler ici nos remerciements à M. BEN CHADLI, interne à l'Hôpital Franco-Musulman, qui nous aida pour une grande part dans la rédaction des observations.

## **LES PRINCIPES DIRECTEURS DE LA VACCINATION RÉGIONALE PAR LA PORTE D'ENTRÉE**

### **V.R.P.E.**

La V.R.P.E. consiste à introduire un vaccin dans la région où le germe pathogène a pénétré dans l'organisme.

Le début de la méthode remonte à 1925, lorsque le Dr POINCLoux appliquait la vaccination locale de BESREDKA avec des variantes toute personnelles. A peu près à la même époque, en 1925, en Russie, le Professeur BOURLAKOFF traitait les mammites chroniques par injection de vaccin staphylococcique dans le mamelon. C'est en traitant une bartholinite par le vaccin anti-gonococcique PASTEUR que POINCLoux constate l'amélioration d'une métrite concomitante. La méthode fut alors appliquée contre différents germes (colibacilles, staphylocoques, infection associée) avec des vaccins spécifiques, et c'est une série de très nombreuses observations, quatre mille environ, qui ont permis de construire une théorie qui semble rejoindre la méthode de BESREDKA, sauf par quelques points qui en font toute sa valeur et que nous exposerons plus loin.

Avec la V.R.P.E. il existe deux modes de vaccination, d'une part la vaccination générale de WRIGHT (1902) qui se fait par voie hypodermique, et d'autre part la vaccination locale de BESREDKA. Qu'est-ce que la V.R.P.E. par rapport à ces deux méthodes ?

Si l'on définit la maladie comme étant le résultat d'un conflit qui naît entre les cellules spécifiques réceptives et les microbes correspondants, c'est de l'interréaction du microbe,

du virus et de son anti-virus et des cellules réceptrices que naît l'infection ; l'immunité sera la propriété qu'ont perdu les cellules spécifiques vis-à-vis de ces microbes qui ne sont plus que des saprophytes ; et BESREDKA résume ainsi l'immunité : « Il existe dans divers organes des animaux supérieurs des cellules spécialisées faisant office de phagocytes locaux, elles n'entrent en réaction qu'avec des virus déterminés, contrairement aux leucocytes qui se jettent indistinctement sur tout corps étranger ».

On était donc en droit de soupçonner une immunité tissulaire spécifique. En effet les expériences de PASTEUR en 1881 se sont révélées comme étant des vaccinations régionales par tissu sensible, car, par exemple, la peau constitue bien la porte d'entrée du virus de la rage et de la bactériémie charbonneuse ; jamais une culture virulente de bactériémie charbonneuse injectée dans les veines ou le péritoine d'un lapin ou d'une génisse n'a donné de maladie, pas davantage le vaccin injecté de la même façon n'a conféré l'immunité et pour la question qui nous intéresse le gonocoque sous la peau est sans action ; il en est tout autre lorsqu'il est dans l'urètre. Il existe un tropisme cellulaire démontré par BORREL, LEVADITTI, BESREDKA, tel que les éléments injectés sont attirés vers le tissu sensible spécifique. BESREDKA a montré que le bacille dysentérique ne restait pas dans les régions injectées et se rendait dans les tissus sensibles à son action. L'immunité locale se trouve ainsi donc démontrée, et BESREDKA n'a-t-il pas écrit et l'expérience n'a-t-elle pas démontré que l'immunité naturelle était la plus solide ; il paraît donc logique que la meilleure voie pour vacciner soit les voies empruntées par les virus pour pénétrer dans l'organisme.

Or la V.R.P.E. consiste à mettre en contact intérieur par injection, chaque fois que le cas s'y prête, les tissus infectés, c'est-à-dire les tissus sensibles avec la substance vaccinante spécifique, donc d'une façon différente de BESREDKA qui se pratique *loco dolenti* et dont la solubilité des bouillons se

fait si rapidement, qu'ils n'ont pas le temps d'engendrer une réaction biologique locale solide ; enfin la V.R.P.E. exige un vaccin spécifique monomicrobien, tandis que le BESREDKA se fait avec un antivirüs. Le Dr POINCLoux a montré que v gouttes de vaccin gonococcique dans la peau ne donne aucune réaction et jamais d'amélioration ; ce même vaccin dans le col utérin (tissu malade pour un cas de métrite) donne une réaction violente, qui peut être absente si les gonocoques ont pénétré par une autre voie (glande de SKENE ou de BARTHOLIN) portes d'entrée par lesquelles l'introduction de vaccin donnera une réaction violente et amélioration.

Ce sont les résultats des applications de la méthode de BESREDKA qui ont conduit POINCLoux à redécouvrir expérimentalement et cliniquement ce que BESREDKA avait déduit de ses travaux. Donc la V.R.P.E. est l'injection d'un vaccin spécifique banal, monomicrobien, dans le tissu qui sert au microbe pour pénétrer dans l'organisme ; elle se différencie nettement de la vaccination hypodermique à laquelle elle ne se superpose qu'en ce qui concerne le charbon et la rage, la peau constituant le tissu sensible ; avec le BESREDKA il y a identité du principe directeur, mais la voie d'application est différente. Le POINCLoux emploie un vaccin monomicrobien spécifique, tandis que le BESREDKA emploie un anti-virüs, l'immunité de ce dernier est locale, celle du POINCLoux est régionale et peut-être générale ; la V.R.P.E. est identique au BESREDKA lorsqu'on traite une affection dont la peau est la porte d'entrée. C'est ainsi que Mademoiselle LARNAGE fait de la V.R.P.E. inconsciemment en pratiquant l'anti-virüsthérapie locale avec amélioration à distance des salpingites et des arthrites.

Nous pensons que les grands principes de la vaccination décrits par PASTEUR à la suite de ses travaux expérimentaux nécessitait pour chaque cas particulier une technique que l'on a voulu généraliser, et le Dr POINCLoux pense que si les injections hypodermiques donnent des résultats plus lents à se manifester qu'avec sa méthode, c'est que ce sont les hu-

neurs qui apportent aux tissus sensibles les éléments de défense du vaccin ou un principe qui permettra à ces derniers de les élaborer sur place, mais il faut croire que les phagocytes qui se « jettent indistinctement sur tout corps étranger » en détruisent la plus grande partie.

## TECHNIQUE GÉNÉRALE DE LA V.R.P.E. SES RÉSULTATS

En rapport avec ce qui précède, l'application de la méthode BASSET-POINCLOUX exige la solution d'un double problème. Il faut d'abord connaître le germe infectant ; mais la V.R.P.E., comme le fait remarquer POINCLOUX, est tellement « nette, salubre et constante » qu'une première injection peut servir à assurer ou à écarter un diagnostic douteux.

L'autre solution est celle de la porte d'entrée, elle est capitale comme nous l'avons vu précédemment ; toute erreur s'accompagne systématiquement d'insuccès, à un point tel, et nous ne sommes pas les seuls à l'avoir constaté, qu'une injection faite à quelques millimètres de la porte d'entrée est sans réaction, ni amélioration, question relative pour le cas qui nous intéresse, puisque la porte d'entrée est unique.

Il faut donc un bon vaccin monomicrobien ; personnellement nous avons employé celui de l'Institut PASTEUR ; quelques POINCLOUX ont été fait au Gonagone, avec lequel les résultats semblent aussi bons ; à ce sujet BASSET et POINCLOUX, à la séance du 5 mars 1930 de la Société de Chirurgie, font remarquer que de 1906 à 1930 il a été présenté vingt-quatre formes de vaccin, et que plutôt de s'acharner à varier leur composition il est bien plus intéressant de chercher à modifier la façon de les employer.

Toute injection de POINCLOUX faite dans ces conditions donne une réaction que l'auteur reconnaît comme une « maladie vaccinale », en effet après la piqûre il y a des réactions locales dans les régions pathologiques du microbe ; ici pour le gonocoque le malade peut ressentir des arthralgies fugaces,

de la dysurie, un écoulement éphémère, même si ces régions n'ont jamais été atteintes par le gonocoque. Ces réactions ne durent pas et se produisent à chaque injection d'une façon plus ou moins vive, c'est d'ailleurs la définition même de la vaccinothérapie dont « les vaccins engendrent l'image réduite de la maladie vraie et il faut que ces réactions diminuent au fur et à mesure ».

En principe, le POINCLOUX anti-gonococcique donne cette maladie vaccinale après 30 à 45 minutes d'incubation ; la période d'invasion, avec frisson, céphalée, courbature, dure une heure ; la période d'état, avec température à 40° en moyenne, évidemment variable, dure de trois à cinq heures, dix heures au maximum, exceptionnellement plus. La défervescence est brusque, elle dure exceptionnellement vingt-quatre heures. Il peut aussi ne pas y avoir de température et les résultats se manifester d'une façon aussi favorable dès le lendemain ; COPELOVICI dans sa thèse écrit : « Les bons effets augmentent progressivement pendant vingt-quatre heures, ils s'épuisent d'autant plus vite que l'infection est plus aigüe.

Les résultats de cette méthode, en général, sont consignés dans de très nombreuses observations d'une façon très favorable ; ils ne sont pas meilleurs entre les mains des promoteurs qu'entre celles des expérimentateurs. Pour les arthrites gonococciques, sur 76 cas, POINCLOUX a obtenu une action satisfaisante sur le processus inflammatoire dans 89,4 % des cas, en ramenant le traitement à 19 jours ; les résultats nuls atteignent 6,5 %. D'autres auteurs ont publié, de 1920 à 1933, 31 cas qui donnent des résultats satisfaisants dans 90 % des cas. ARNAL, dans sa thèse, rapporte 50 cas de métrites traités par la vaccination régionale par la porte d'entrée, avec 85 % de guérison. DAOULAS, dans l'urétrite chronique, sur 14 cas, a 64 % de résultats favorables.

Il existe encore de nombreuses affections (salpingite, bartholinites, otites, etc...) où les résultats ont toujours été au moins aussi favorables.

COPELOVICI, sur 18 cas d'orchi-épididymite, obtient amélioration et guérison dans tous les cas, parfois même l'écoulement urethral se tarit en même temps que l'orchi-épididymite se trouve guérie. La guérison se fait en 7 à 10 jours, sans récidives.

DEBREZ et LAMBERT ont obtenu 27 guérisons d'annexites sur 29 cas traités.

CHEVALLIER, sur 25 cas d'épididymites, donne 68 % de résultats favorables avec 12 % d'échecs.

MAYER donne dans sa thèse les statistiques suivantes sur 42 cas de métrites gonococciques :

|                       |        |
|-----------------------|--------|
| Résultats parfaits :  | 10,2 % |
| Résultats très bons : | 30,7 % |
| Résultats bons :      | 51 %   |
| Résultats nuls :      | 2,5 %  |

Ainsi donc, « après toute injection d'un vaccin spécifique  
« pour une maladie déterminée, fait par un point ayant servi  
« de porte d'entrée au germe pathogène, il se produit dans  
« l'organisme du malade une amélioration qui porte sur le  
« volume des lésions, sur leur sensibilité et sur la température  
« quand elle existe », et la disparition de la douleur spontanée et provoquée correspond bien à un arrêt du processus inflammatoire.

## **PATHOLOGIE DES ÉPIDIDYMITES**

### **Étiologie**

L'épididymite n'est pas très souvent observée comme complication d'une urétrite gonococcique ou non bien traitée, c'est-à-dire par des grands lavages uréthro-vésicaux quotidiens appropriés quand l'urètre postérieur est atteint. C'est dire que dans la clientèle de ville aisée, on la voit assez rarement, 3 % des cas, dit CARLE.

Par contre, c'est une des complications les plus habituelles des urétrites et surtout des urétrites gonococciques quand celles-ci sont mal ou insuffisamment traitées. Son apparition est en outre favorisée par le métier ou le « *modus vivendi* » de certains malades, ceux qui ont des métiers pénibles les incitant à faire de gros efforts. Elle est favorisée aussi par le fait que certains malades sont particulièrement indociles et suivent mal les prescriptions qu'on leur a données, qu'il s'agisse du régime ou de l'interdiction de faire du sport, de danser, d'avoir des rapports sexuels. Elle est favorisée enfin par un traitement intempestif que le malade veut se faire lui-même, notamment par l'emploi de la seringue urétrale qui, entre les mains d'un malade inexpérimenté, est une des pourvoyeuses brutales de l'épididymite. De l'avis de la plupart des urologues, tant que les pharmaciens seront autorisés à vendre des seringues à injections urétrales sans ordonnance, on verra se multiplier les épididymites et les prostatites au cours des infections urétrales surtout gonococciques. Dans tous ces cas, l'épididymite, selon CARLE, survient dans 10 % des gonococcies.

## Pathogénie

La voie d'infection généralement admise (CUNEO, Pierre DELBET et CHEVASSU) serait la voie lymphatique. Mais BARBELLION écrit : « la propagation de l'infection se fait par continuité et peut-être aussi par voie lymphatique ». MARCEL écrit encore à ce propos dans les Annales des maladies vénériennes : « L'inflammation se fait par voie descendante et choisit l'anse épидидymo déférentielle comme point d'arrêt après avoir marqué son chemin sur l'urèthre postérieur, la prostate, la vésicule et le déférent. » A notre avis, la voie muqueuse autant et sinon plus que la voie lymphatique semble devoir être le terrain choisi par le gonocoque ou les autres germes pour atteindre l'épididyme.

Les lésions histologiques observées (Pierre DELBET et CHEVASSU) sont celles d'une infiltration phlegmoneuse du tissu cellulaire avec lymphangite, et dans les cas graves, on assiste à une destruction complète des tubes. Le testicule n'est généralement pas atteint ; la seule réaction parfois constatée est un léger épanchement dans la vaginale ; le canal déférent peut participer au processus inflammatoire dans les cas aigus. L'évolution anatomique est des plus variable et, suivant les cas, on constate soit la restitution « ad integrum », soit l'oblitération complète des tubes entraînant l'azoospermie, cela dans à peu près 50 % des cas.

## Symptômes

Au cours d'une urétrite, et notamment au cours de l'urétrite gonococcique, l'épididymite survient en général entre le 10<sup>e</sup> et le 20<sup>e</sup> jour.

Le premier signe observé, comme dans toutes les complications de la blennorragie, est l'arrêt de l'écoulement.

Puis brutalement ou progressivement, selon les cas, le malade, qui éprouvait un peu de pesanteur dans une des régions inguino-scrotales, ressent une douleur qui est souvent particulièrement intense, au contraire de ce qui se passe quand il s'agit d'une épididymite tuberculeuse ou à germes banaux (colibacilles avant tout). Un petit syndrome infectieux accompagne généralement cette poussée aiguë, la température pouvant atteindre 39° et même plus. A l'examen, le scrotum est augmenté de volume unilatéralement, il est rouge, la palpation révèle qu'il est chaud. Le testicule est extrêmement douloureux. Sa palpation qui doit être faite avec douceur montre qu'il est très augmenté de volume puisque, parfois, il peut atteindre le double de la grosseur du testicule normal. Le noyau inflammatoire siège à la queue de l'épididyme.

C'est dans ces formes très aiguës que l'injection de vaccin à la porte d'entrée donne les meilleurs résultats, la douleur cessant habituellement dès la première injection et l'épididyme rétrocedant après la première ou la deuxième injection.

Mais ce tableau n'est pas toujours observé, notamment quand il s'agit d'épididymites à germes banaux.

On voit alors la forme subaiguë au cours de laquelle la douleur est moins intense, l'épididyme moins augmenté de volume et plus facilement palpable.

Il faut toujours interroger soigneusement ces malades pour déterminer la cause de l'infection et compléter l'examen par deux recherches indispensables :

1° L'examen cyto-bactériologique du suintement urétral et au besoin du premier jet d'urine.

2° L'épreuve des deux verres qui permet de voir le degré d'infection de l'urètre au moyen du trouble des urines. Les urines sont généralement louches et filamenteuses dans les deux verres.

Si on ne fait rien, c'est-à-dire ce qu'on appelle le traitement classique, tout rentre dans l'ordre en trois semaines environ.

## Traitement

Le traitement classique consiste à mettre le malade au lit avec une planchette ouatée soutenant bien les bourses, des compresses chaudes sont fréquemment renouvelées ou mieux une vessie de glace permanente. Pour les malades qui peuvent se lever, une pommade résolutive à base de collargol par exemple. A ce moment, les lavages sont suspendus, bien que certains auteurs (BARBELLION dans les cas subaigus) les continuent s'ils sont faits doucement à basse pression ou à canal ouvert ; de plus, on injecte un vaccin qui donne de la température comme le vaccin Pasteur antigonococcique ou le Gonagone qui a l'avantage de contenir des germes banaux, en plus du germe spécifique ; ceci étant donné le peu de résistance du gonocoque à une fièvre élevée et prolongée. Avec ce traitement, le malade peut se lever au bout d'une semaine, avec un bon suspensoir type Horand, et à condition qu'il marche le moins possible ; la guérison avec noyau résiduel est obtenue en moyenne au bout de trois semaines. Il existe évidemment des cas favorables, rares en vérité, où le traitement classique a amené la guérison en 8 jours.

De nombreuses variantes ont été apportées à ce traitement, notons la gonacrine, le sulfarsenol, le Dmelcos, le soufre colloïdal et la serothérapie intra-veineuse. IABLENIK pratique la ponction avec aspiration ; le regretté ESCAT pratiquait l'incision et le drainage de l'épididyme, d'autres préconisent le propidon et les injections de lait ; DE SARD l'argyrol en pommade au 1/10° ; HAMONIC utilise l'électrargol intra-épididymaire. L'appréciation de ces méthodes est assez difficile étant donné les guérisons spontanées possibles plus ou moins rapides des épидидymites ; elles exigeraient des statistiques faites sur de très nombreux cas, comme nous l'avons jugé nécessaire pour établir ce travail.

En tout cas, il faut nécessairement traiter l'urétrite par la suite si l'on veut éviter une rechute ou une épидидymite du côté opposé.

## **APPLICATION DE LA V.R.P.E. AUX ÉPIDIDYMITES**

Le matériel et la technique employés sont d'une très grande simplicité.

### **Instrumentation**

Nous utilisons :

- 1° Une seringue de deux centimètres cubes graduée en 1/10.
- 2° Une aiguille très fine ; nous nous sommes servis d'aiguille à intra-dermo-réaction, les aiguilles employées par le dentiste pour les anesthésies locales semblent devoir correspondre aux exigences des plus difficiles et de ceux qui croient encore que cette injection est douloureuse et barbare.
- 3° Le vaccin gonococcique de l'Institut Pasteur ou le Gona-gone dans quelques cas (vaccin polymicrobien).
- 4° Une solution d'oxycyanure à 1/4000.
- 5° Du mélange anesthésique de Bonnain ; (d'autres ont employé la novocaïne ou la butelline à 1 ou 2 %).

### **Technique de l'injection**

- 1° Après avoir rabattu le prépuce, nettoyer d'abord avec une canule de Janet le meat, puis sans forcer faire un petit lavage de l'urètre antérieur avec la solution d'oxycyanure.
- 2° Sur une allumette très fine rouler un petit morceau de coton qui, imprégné légèrement de Bonnain, est introduit dans les premiers centimètres du canal ; certains urèthres

assez larges permettent d'anesthésier juste l'endroit où l'on veut piquer ; laisser le Bonnain seulement quelques secondes.

3° Entre le pouce et l'index de la main gauche, écarter les lèvres du méat et piquer verticalement l'endroit anesthésié ; il faut piquer franchement car la muqueuse de l'urèthre est assez dure. Il est de toute nécessité de rester dans la muqueuse, de ne pas transpercer le canal de part en part ou envoyer l'injection dans les corps caverneux. Il est très simple de se rendre compte que l'on est dans la muqueuse, l'aiguille une fois enfoncée donne une sensation caractéristique que l'on acquiert rapidement. Après l'injection, il y a toujours une légère urethrorragie qui cède en quelques minutes.

### **Conduite du traitement**

1° La dose d'attaque est de un quart de  $\text{cm}^3$ , en général les injections sont faites tous les deux jours ; mais il faut savoir que l'on peut les faire toutes les 24 heures ou tous les 3 jours suivant l'état ou les réactions du malade. Le rythme des injections semble tout à fait particulier et personnel ; il est préférable de trop rapprocher les injections plutôt que de donner aux microbes l'occasion de reprendre le dessus en les espaçant trop, surtout si l'on tient compte que, en général, les bons effets de la vaccination s'atténuent d'autant plus vite que l'infection est plus aiguë. Les injections sont augmentées de  $\frac{1}{4}$  de  $\text{cm}^3$  à chaque séance, sans toutefois dépasser un centimètre cube.

Localement, il n'y a pas de réaction.

2° En cas de récurrence, il faut recommencer avec les mêmes principes que nous avons indiqués, c'est-à-dire reprendre les injections à un quart de  $\text{cm}^3$ .

3° On peut modifier la quantité de vaccin injecté ; sur les initiatives de FRON qui fait remarquer que le  $\frac{1}{100}$  de  $\text{cm}^3$  provoque encore une réaction locale et générale très nette, de MONDOR qui pense que les petites quantités auraient une

action plus favorable, de BARBELLION qui ne pratique la V.R.P.E. qu'avec quelques gouttes de vaccins jusqu'au quart de  $\text{cm}^3$  maximum, nous avons pratiqué quelques injections de l'ordre de 2 à 3 gouttes de vaccin pour commencer, ne montant pas à plus de  $\frac{3}{4}$  de  $\text{cm}^3$  maximum à la quatrième injection, avec des résultats plus ou moins favorables pour des températures ne dépassant pas  $38^\circ$ .

4° Nos 14 malades de Beaujon ont suivi un traitement ambulatoire : ils se sont alités seulement pendant les quelques heures qu'a duré la fièvre après l'injection ; les résultats ont été aussi bons.

5° La rapidité d'action ne doit pas faire épargner au malade les injections suivantes ; nous verrons dans quelques observations qu'un arrêt prématuré, étant donné parfois la surprenante rapidité d'action, entraîne des récidives, et nous serons d'accord avec COPELOVICI, d'une part, pour dire que « la durée « moyenne de l'épididymite, qui est avec le traitement classique » que de 15 à 20 jours, se trouve raccourcie de 7 à 10 jours », et le Dr POINCLoux, d'autre part, qui dans 17 cas d'orchio-épididymite arrive aux conclusions suivantes : « La durée de cette affection, qui est ordinairement de 18 à 20 jours, est grâce à cette méthode réduite à une semaine ; la durée de l'alitement souvent rendu nécessaire pour le cas de quelque intensité, étant abaissée à 4 jours. Un fait important réside, ou bien l'écoulement disparaît complètement, ou réapparaît quand elle se guérit, comme il est de règle avec les traitements habituels. »

### **Contre-indications et complications**

Les contre-indications se résument aux néphrites et aux insuffisances cardiaques et aux tuberculeux.

La température qui accompagne le mauvais état général de certains malades n'est pas une contre-indication ; le Poincloux fait dans ces conditions ne diffère en rien des autres cas.

La complication la plus fréquente est l'herpès ; il siège à la face, au dos et aux fesses ; il est en rapport avec une température très élevée. Dans un autre cas, nous avons observé un abcès du cordon qui a guéri en 48 heures après incision. COPELOVICI a signalé une inflammation du méat, c'est un fait que l'on peut observer si on emploie le Bonnain sans précaution. L'uretrorragie que certains auteurs ont signalée ne peut être considérée comme une complication ; nos meilleurs résultats ont toujours saigné et cette hémorragie, qui ne gêne en rien le malade, dure quelques minutes, il suffit de mettre une compresse pour éviter que celui-ci ne tache ses vêtements. Dans un cas, nous avons remarqué de l'œdème du fourreau de la verge et des réactions douloureuses dans le petit bassin ; au point de vue général, nous avons constaté quelques céphalées persistantes et des vomissements pendant l'évolution de la « maladie vaccinale » ; mais ces réactions, si vives soient-elles, ne doivent jamais donner d'inquiétude.

## OBSERVATIONS

### Commentaires et résultats

Nous classerons nos observations d'après les résultats en quatre groupes, chaque groupe étant commenté au début.

1° Résultats favorables habituels.

2° Résultats extrêmement favorables.

3° Résultats médiocres, mais en réalité analogues à ceux que l'on observe quand on fait le traitement classique.

4° Les échecs.

Dans tous ces groupes d'observations, il a été pratiqué trois et quelquefois quatre injections de vaccin dans la muqueuse uréthrale. Les injections, comme nous l'avons dit, ont été répétées en général tous les deux jours en commençant par 1/4 de  $\text{cm}^3$  pour la première injection et en continuant à raison d'une augmentation de 1/4 de  $\text{cm}^3$  à chaque nouvelle piqûre.

## PREMIER GROUPE

### a) **Température**

Dans la majorité des observations qui vont suivre, après la première injection, il se produit une élévation de température qui varie entre  $39^{\circ}$  et  $41^{\circ}$ . Après la deuxième injection, la température s'élève encore parfois à  $39^{\circ}$  ou  $40^{\circ}$ . Après la troisième injection, elle dépasse rarement  $38^{\circ}5$ . Cette température s'accompagne, surtout chez les sujets nord-africains, parmi lesquels nous avons puisé la plus grande partie des observations, de frissons assez intenses, de maux de tête, d'herpès labial.

Ces phénomènes sont moins accusés chez les Européens. Seuls les maux de tête et l'élévation de température sont assez marqués.

Nous avons voulu réduire cet état de schock. Nous rappelant les suggestions de BARBELLION, nous n'avons injecté que 2 ou 3 gouttes de vaccin à la première séance, ne faisant que le  $1/4$  de  $\text{cm}^3$  à la deuxième séance et  $1/2$  à la troisième ; les résultats sont peu favorables, la température ne dépassant pas  $38^{\circ}5$  à  $39^{\circ}$  avec beaucoup moins de fatigue (toute momentanée d'ailleurs).

### b) **Douleur**

Le soir même ou le lendemain matin qui suit la première injection, la douleur a souvent disparu. En tout cas elle est très atténuée. Après la deuxième injection, la disparition totale de la douleur est la règle.

### c) **Epididyme**

Après la première injection, dans les cas aigus surtout, l'épididyme diminue de moitié. Après la deuxième injection,

il diminue d'un bon quart. Après la troisième injection, on observe le noyau résiduel habituel. Parfois, pour arriver à ce dernier stade, il a fallu faire une quatrième injection.

#### d) **Urétrite**

Le suintement urétral avait presque disparu comme chaque fois qu'une complication survient au moment de l'éclosion de l'épididymite. Il ne réapparaît en général que lorsque le noyau résiduel est constitué. Son prélèvement relève après examen cyto-bactériologique que les gonocoques sont devenus rares ou ont disparu.

Les urines, qui étaient, au début, troubles dans les 2 verres, commencent à s'éclaircir. Le deuxième verre notamment est presque toujours clair, si le premier est louche, filamenteux.

De toute façon, l'urétrite guérira soit par des lavages antérieurs pratiqués sous faible pression combinés à des injections intra-veineuses de jaune d'acridine, soit, quand les lavages ne peuvent être faits par quelqu'un de compétent, par du jaune d'acridine alterné avec des injections sous-cutanées de vaccin (Pasteur ou Gonagone).

#### e) **Complications**

Elles sont rares et toujours bénignes. Nous avons noté :

1° De l'œdème lymphangitique du fourreau de la verge (observation n° 3).

2° De l'herpès persistant et que l'on peut rencontrer en dehors des lèvres, à la face, au dos et aux fesses.

3° Une céphalée persistante ayant duré 36 heures (observation n° 50).

4° Notons (observation n° 5) un petit abcès du cordon qui a guéri après incision en 48 heures.

#### f) Inconvénients

Certains auteurs ont reproché à cette méthode qu'elle ne donnait des résultats rapides que parce que les malades étaient couchés avec planchette ouatée sous les bourses et vessie de glace sur les testicules. Il est vrai que ce complément de précaution peut avoir une influence favorable. Mais en dehors des malades nord-africains hospitalisés, chez lesquels on a agi ainsi, nous avons pu observer des malades de la consultation externe qui venaient aux piqûres par leurs propres moyens. Chez ces malades, on se bornait à leur faire porter un bon suspensoir bien adapté, tout en leur conseillant de se mettre au lit pendant la durée de la fièvre ; comme on pourra s'en rendre compte à la lecture des observations n<sup>os</sup> 14 à 20, leur travail n'était interrompu qu'une semaine tout au plus.

#### g) Avantages

En regard de ces inconvénients que l'on peut considérer comme minimes, les avantages de la méthode sont très importants à notre sens. Le principal est de *raccourcir* la durée de l'épididymite et ceci de six à douze jours ; toutes les observations qui vont suivre confirment nos dires. Le noyau résiduel, qui demande par le traitement classique 3 semaines pour se constituer, est obtenu en une semaine, dix jours au plus, et cela aussi bien pour les malades hospitalisés que pour ceux des consultations externes. C'est dire que le traitement vaccinal par la porte d'entrée est la méthode de choix à utiliser dans la classe des travailleurs.

En outre, il est intéressant de constater que, parmi les observations de ce premier groupe, il en est qui intéressent des sujets ayant été traités par d'autres méthodes — et sans résultat. Les observations 46 et 52 sont des échecs de la vaccination par voie sous-cutanée (vaccin Pasteur et vaccin Clin) ; le

« Poincloux » a amené la guérison respectivement en 10 et 7 jours.

Dans le groupe des résultats extrêmement favorables, nous retrouverons aussi quelques observations qui sont des échecs à d'autres thérapeutiques pratiquées avant le « Poincloux ».

Notons enfin que les résultats ont été, dans certains cas de ce groupe, aussi bons sans que la température ait dépassé 38° (obs. 23, 45, 50 et 52).

### OBSERVATION 1

**S. M. (lit n° 1).** — Ecoulement depuis le 14 avril 1936. Entre le 14 mai avec épididymite gauche. Prélèvement : quelques (qqs.) gonocoques (gono.) intra et extracellulaires. Urines (ur.) : troubles (tr.) dans les deux verres. Le 16 mai, 1<sup>re</sup> Poincloux : T° = 39°, qui persiste sept jours. Le 24 mai, 2<sup>e</sup> Poincloux : 38°8. Urines (ur.) : 1<sup>er</sup> verre : louche (lou.), filamenteux (fil.) ; 2<sup>e</sup> verre : clair (cl.). Le 28 mai, 3<sup>e</sup> Poincloux : pas de T°. Epididyme ne présente plus qu'un noyau résiduel normal. Prélèvement : quelques polynucléaires (poly.). Pas de gonocoques (gono.).

### OBSERVATION 2

**Ben A. M. (lit n° 15).** — Ecoulement depuis le 13 mai 1936 traité par vaccin Demonchy et repos au lit. Le 1<sup>er</sup> juin, arrêt de l'écoulement et épididymite gauche. Prélèvement : nombreux gono. 1<sup>re</sup> Poincloux (41°). Disparition complète de la douleur le 2 juin et épididyme revenu à son volume presque normal. Le 3 juin, réapparition de la douleur. 2<sup>e</sup> Poincloux (40°2). Noyau résiduel épididymaire. Le 9 juin, 3<sup>e</sup> Poincloux (38°6). Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou ; 2<sup>e</sup> verre, cl.

### OBSERVATION 3

**S. M. (lit n° 19).** — Ecoulement depuis le 5 mai 1936. Entre le 17 mai pour épididymite droite. Prélèvement : rares essaims gono. intracellulaires. Ur. : tr. dans les deux verres. Le 19 mai, 1<sup>re</sup> Poincloux (38°5). Le 20 mai, épididyme augmente et s'accompagne d'un œdème du fourreau de la verge. Le 22 mai, 2<sup>e</sup> Poincloux (39°5). Douleur disparaît. Epididyme régresse des 3/4. Le 27 mai, 3<sup>e</sup> Poincloux. Noyau résiduel épididymaire. Le 30 mai, lavages, gonacrine. Le 13 juin, guérison de l'urétrite.

### OBSERVATION 4

**Ben A. (lit n° 5).** — Ecoulement depuis le 15 mai 1936. 26 mai, épididymite gauche. Entre le 29 : épididyme volumineux, un peu de liquide dans la vaginale. Prélèvement : Pus abondant,

pas de germes. Ur. : tr. dans les deux verres. Le 29 mai, 1<sup>re</sup> Poincloux ( $T^{\circ} = 40^{\circ}$ ). Disparition de la douleur. Diminution légère de l'épididymite. Le 31 mai, 2<sup>e</sup> Poincloux ( $T^{\circ} : 39^{\circ}$ ). L'épididymite est réduite des 3/4. Le 4 juin, 3<sup>e</sup> Poincloux ( $T^{\circ} = 38^{\circ}$ ). Noyau résiduel. Prélèvement : qqs poly. Ur. : 1<sup>er</sup> verre cl., fil. ; 2<sup>e</sup> verre cl. Gonacrine, plus lavages ensuite et guérison urétrite en une dizaine de jours.

#### OBSERVATION 5

**M. Y. (lit n° 27).** — Ecoulement depuis le 15 mai 1936. Le 25 mai, épididymite gauche. Hospitalisé le 16 juin. Prélèvement : gono. Ur. tr. Le 17 juin, 1<sup>re</sup> Poincloux ( $41^{\circ}$ ). Douleur diminue. Epididymite réduite de moitié. Le 20 juin, 2<sup>e</sup> Poincloux ( $38^{\circ}$ ). Douleur disparaît. Epididymite régresse des 3/4. Le 22 juin, 3<sup>e</sup> Poincloux ( $37^{\circ}$ ). Noyau résiduel. Le 24 juin, abcès du cordon, incision, guérison. Le 2 juillet, après quelques lavages, guérison de l'urétrite.

#### OBSERVATION 6

**X. (lit n° 5).** — Ecoulement depuis le 10 juin 1936. Le 3 juillet, épididymite droite. Prélèvement : gono. Ur. : tr. dans les deux verres. Le 10 juillet, 1<sup>re</sup> Poincloux ( $39^{\circ}7$ ). Diminution de la douleur seule. Le 13 juillet, 2<sup>e</sup> Poincloux (pas de réaction). L'épididymite diminue des 3/4. Le 16 juillet, 3<sup>e</sup> Poincloux ( $39^{\circ}8$ ). Noyau résiduel. Le 22 juillet, 4<sup>e</sup> Poincloux (pas de réaction). Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou. fil. ; 2<sup>e</sup> verre, cl. Le 4 août, disparition des gono. Guérison le 8 août avec ur. cl. dans les deux verres, après quelques lavages.

#### OBSERVATION 7

**A. M. (lit n° 30).** — Ecoulement depuis le 16 juin 1936. Le 16 juillet, épididymite droite. Le 18 juillet, prélèvement : pus, gono. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, cl. fil. Le 20 juillet, 1<sup>re</sup> Poincloux ( $40^{\circ}$ ). Douleur seule diminue. Le 22 juillet, 2<sup>e</sup> Poincloux ( $40^{\circ}5$ ). Epididymite diminuée de moitié. Le 24 juillet, 3<sup>e</sup> Poincloux (réaction nulle). Le 29 juillet, 4<sup>e</sup> Poincloux ( $39^{\circ}8$ ). Noyau résiduel. Disparition des gono. Le 4 août, guérison après qqs lavages.

### OBSERVATION 8

**A. M. (lit n° 27).** — Ecoulement depuis le 14 juillet 1936. Le 21 juillet, épидидymite droite. Lymphangite de la verge. Le 23 juillet, prélèvement : pus, gono. Ur. : troubles dans les deux verres. Le 24 juillet, 1<sup>re</sup> Poincloux (39°). Douleur disparaît. Epididymite réduite de moitié. Le 29 juillet, 2<sup>e</sup> Poincloux (39°2). Le 31 juillet, 3<sup>e</sup> Poincloux (38°). Noyau résiduel. Malade sort sur sa demande. Revient le 19 août avec épидидymite gauche qui cède complètement à trois injections type Poincloux.

### OBSERVATION 9

**K. A. (lit n° 10).** — Ecoulement depuis le 10 juillet. Le 15 juillet, épидидymite droite. Le 27 juillet, ur. tr., prélèvement : gono. Le 28 juillet, 1<sup>re</sup> Poincloux (39°5). Disparition de la douleur seule. Le 31 juillet, 2<sup>e</sup> Poincloux (40°). Légère diminution épидидymite. Le 3 août, 3<sup>e</sup> Poincloux (38°). Noyau résiduel. Le 8 août, lavages, Gonacrine. Guérison en 10 jours de l'urétrite.

### OBSERVATION 10

**B. M. (lit n° 24).** — Ecoulement depuis le 15 juillet 1936. Epididymite droite le 25 juillet. Le 29 juillet, prélèvement : pus, gono. Ur. tr. 1<sup>re</sup> Poincloux (39°). Atténuation de la douleur seule. Le 31 juillet, 2<sup>e</sup> Poincloux (38°9). Diminution de l'épididymite. Le 3 août, 3<sup>e</sup> Poincloux (39°). Noyau résiduel. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, cl. fl. ; 2<sup>e</sup> verre, cl., fl. Disparition des gono.

### OBSERVATION 11

**M. M. (lit n° 5).** — Ecoulement gono. depuis le 26 août 1936, traité par gonacrine et lavages depuis le 11 septembre. Le 23 septembre, épидидymite gauche. 1<sup>re</sup> Poincloux (40°). Epididymite diminuée de 1/4. Persistance douleur. Le 26 septembre, 2<sup>e</sup> Poincloux (39°5). Diminution douleur. Epididymite régresse encore de la moitié. Le 28 septembre, 3<sup>e</sup> Poincloux (38°6). Noyau résiduel. Traitement de l'urétrite.

### OBSERVATION 12

**L. Ben H. (lit n° 23).** — Ecoulement depuis le 15 mai 1936. Le 8 juin, épididymite gauche. Le 16 juin, prélèvement : pas de germes. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, cl., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, cl. Le 17 juin, 1<sup>re</sup> Poincloux (38°). Le 20 juin, 2<sup>e</sup> Poincloux (41°). Disparition de la douleur. Le 22 juin, 3<sup>e</sup> Poincloux (38°). Noyau résiduel. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou. ; 2<sup>e</sup> verre, cl. Prélèvement : qqs. gono. Traitement habituel de l'urétrite.

### OBSERVATION 13

**A. B. (lit n° 15).** — Ecoulement depuis le 5 avril 1936, traité par le vaccin Demonchy et le repos au lit. Le 21 mai, épididymite gauche. Prélèvement : pus abondant, pas de germes. Ur. : tr. dans les deux verres. Le 21 mai, 1<sup>re</sup> Poincloux : pas de réaction, pas de changement. Le 24 mai, 2<sup>e</sup> Poincloux : T° = 39°5. La douleur diminue. L'épididyme régresse des 3/4. Le 26 mai, 3<sup>e</sup> Poincloux : T° = 39° Epididyme ne présente plus qu'un noyau résiduel. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, cl., fil. Le 13 juin, le malade guérit de son urétrite après quelques lavages.

### OBSERVATION 14

**B. F. (Traitement ambulatoire).** — Ecoulement fin mai. Epididymite droite le 5 juin 1937. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, lou. Mis au Gonagone jusqu'au 27 juin, sans résultat. Le 28 juin, 1<sup>re</sup> Poincloux (40°2). Douleur persiste. L'épididyme régresse de 1/4. Le 30 juin, 2<sup>e</sup> Poincloux (40°4). Le 2 juillet, 3<sup>e</sup> Poincloux (39°8). Noyau résiduel. On termine par le vaccin Pasteur alterné avec la gonacrine.

### OBSERVATION 15

**Ch. P. (Traitement ambulatoire).** — Ecoulement depuis 6 semaines. Le 12 mai, ur. tr. Le 27 mai, épididymite gauche. 1<sup>re</sup> Poincloux. Le 29 mai, 2<sup>e</sup> Poincloux. Le 1<sup>er</sup> juin, 3<sup>e</sup> Poincloux. Le 3 juin, 4<sup>e</sup> Poincloux. Douleur disparue. Epididymite diminuée

dé 1/4. Le 5 juin, 5° Poincloux. Le 8 juin, 6° Poincloux. Noyau résiduel. Gonacrine jusqu'au 6 juillet.

#### OBSERVATION 16

**C. A. (Traitement ambulatoire).** — Ecoulement depuis 6 semaines. Le 12 mai, ur. tr. Le 27 mai, épидидymite gauche, 1<sup>re</sup> Poincloux. Le 29 mai, 2° Poincloux. Le 1<sup>er</sup> juin, 3° Poincloux. Le 3 juin, 4° Poincloux. Douleur disparue. Epididymite diminue de 1/4. Le 5 juin, 5° Poincloux. Le 8 juin, 6° Poincloux. Noyau résiduel. Gonacrine jusqu'au 6 juillet.

#### OBSERVATION 17

**B. B., 59 ans.** — Consulte le 18 février au nouveau Beaujon. Epididymite droite, pas d'écoulement. Ur. tr. dans les 2 verres. Pollakiurie nocturne (15 fois en moyenne). Le 19 février, écoulement, prélèvement : flore variée, pus, coli, 1<sup>re</sup> Poincloux. Le 20 février, 2° Poincloux. Le 22 février, 3° Poincloux. Le 24 février, 4° Poincloux. Guérison. Noyau résiduel, prostate normale. (**Traitement ambulatoire**).

#### OBSERVATION 18

**A. V.** — Consulte le 3 avril 1937. Ancien opéré d'ectopie testiculaire. Ecoulement il y a un an. Epididymite droite, pas de goutte actuellement. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, cl., fil. ; 2° verre, cl. Le 14 avril, 1<sup>re</sup> Poincloux. Le 16 avril, diminution de moitié, 2° Poincloux. Le 19 avril, 3° Poincloux. Le 23 avril, guérison. Traitement de l'urétrite : gonacrine, permanganate, oxycyanure, santal, gonagone, guérie le 31 juillet. Ur. : cl. cl. (**Traitement ambulatoire**.)

#### OBSERVATION 19

**Th. L.** — Le 22 mai 1937, douleur à début brusque dans le testicule droit. Consulte le 26 mai, persistance de la douleur, testicule dur, douloureux, avec épидидyme droit volumineux. Ur. tr. dans les deux verres. 1<sup>re</sup> Poincloux. Le 28 mai, ur. lou.

avec fil. dans le 1<sup>er</sup> verre ; cl. dans le second. 2° Poincloux, l'épididyme a diminué de moitié. Le 31 mai, 3° Poincloux. Le 2 juin, 4° Poincloux 1 cc. Prélèvement du 1<sup>er</sup> jet pour examen : qqs. poly. coli. Traitement oxyxynure jusqu'au 29 juillet. Ur. cl., fil. ; cl. Noyau résiduel non douloureux. (**Traitement ambulatoire.**)

#### OBSERVATION 20

**B. A. (lit n° 10).** — Ecoulement le 15 avril (non soigné). Le 7 mai, épididymite gauche ; en date du 11 mai, épididyme augmenté dans sa totalité, très douloureux. Ur. tr. Prélèvement : gono. 1<sup>re</sup> Poincloux au gonagone (T° : 37°8), pas d'amélioration notable. eL 13 mai, 2° Poincloux au vaccin Pasteur (T° = 40°2). Le 14 mai, disparition de la douleur et diminution de la moitié du volume. e 15 mai, 3° Poincloux (T° 39°2). Le 16 mai, noyau résiduel. Ur. lou. Prélèvement : poly. et gono. Traitement par lavages et gonacrine.

#### OBSERVATION 21

**Bel., 37 ans.** — Ecoulement le 25 juin 1937. Epididymite gauche le 24 juillet qui, le 9 août, est du volume d'une orange, très douloureuse ; mauvais état général. Ur. tr. Prélèvement : pas de germes apparents. 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 41°). Le 11 août, disparition de la douleur spontanée, diminution de la douleur provoquée, l'épididyme a régressé de moitié. Le 13 août, 2° Poincloux (T° 41°) ; très forte réaction ; injection de Coramine. Le 14 août, épididyme normal, noyau résiduel ; ur. : tr. Prélèvement : pas de gono. Etant donné l'état général déficient et les grosses réactions des Poincloux, on fait des injections I. M. de vaccin Pasteur, pour consolider la guérison jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre.

#### OBSERVATION 22

**A.A.B. (lit n° 1).** — Ecoulement le 1<sup>er</sup> janvier. Le 20 janvier 1937, épididymite gauche. Ur. : lou. avec fil. Prélèvement : pas de germes. Le 26 janvier, 1<sup>re</sup> Poincloux (T° = 39°7). Disparition de la douleur et légère diminution de volume. Le 28 janvier, 2° Poincloux (39°), diminution de la moitié du volume. Le 30 janvier, 3° Poincloux, l'injection ayant été faite en dehors

de la muqueuse : pas de réaction. Le 1<sup>er</sup> février, 4<sup>e</sup> Poincloux (T° 38°5). Le 2 février, l'épididyme est revenu à son volume normal ; traitement de l'urétrite par lavages et gonacrine.

#### OBSERVATION 23

**B. C. K. (lit n° 13).** — Ecoulement le 5 avril 1937. Le 18 mai, épидидymite gauche très douloureuse. Le 22 mai, épидидyme du volume d'une orange, très douloureux, avec cordon induré. Ur. lou. Prélèvement : pas de germes. 1<sup>re</sup> Poincloux, au gonagone (37°5). Disparition de la douleur, mais pas de modification de volume. Le 24 mai, 2<sup>e</sup> Poincloux au gonagone (T° 37°6), diminution de la moitié du volume ; ur. cl. avec fil., prélèvement : pas de germes. Le 28 mai, 3<sup>e</sup> Poincloux (T° 37°). Le 29 mai, épидидyme normal. Ur. cl., pas de germes. On continue par qqs. injection de gonacrine.

#### OBSERVATION 24

**B. M. (lit n° 4).** — Ecoulement le 2 avril 1937. Le 1<sup>er</sup> mai, gros épидидyme gauche, localisation à la queue, état général médiocre (T° 40°). Ur. tr. dans les deux verres. Prélèvement diplocoques ayant l'aspect de gonocoques. Le 4 mai, 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 41°). Le 5 mai, ur. tr. dans le 1<sup>er</sup> verre, lou. dans le second. Sédation de la douleur ; l'épididyme a diminué de moitié. Le 7 mai, 2<sup>e</sup> Poincloux (T° = 39°9). Le 8 mai, épидидyme normal, petit noyau résiduel. Le 10 mai, 3<sup>e</sup> Poincloux de consolidation (T° 38°6). L'urétrite est alors soignée par gonacrine et lavage jusqu'au 16 juin.

#### OBSERVATION 25

**B. A. (lit n° 1).** — Ecoulement non soigné le 1<sup>er</sup> juillet. Le 13 juillet, épидидymite droite, légère hydrocèle. Ur. : tr. Prélèvement : pas de germes. Le 17 juillet, 1<sup>re</sup> Poincloux (39°). Volume et douleur diminuent. Le 19 juillet, 2<sup>e</sup> Poincloux (41°). Le 21 juillet, disparition de la douleur, l'épididymite a régressé des 3/4 ; 3<sup>e</sup> Poincloux (40°3). Le 22 juillet, tout est normal. Lavages jusqu'au 2 août.

### OBSERVATION 26

**G. B. (lit n° 29).** — Ecoulement le 1<sup>er</sup> janvier 1937. Le 1<sup>er</sup> février, début d'une épididymite gauche. Le 8, gros noyau à la queue très douloureux (T° 38°). Ur. : tr. dans le 1<sup>er</sup> verre, cl. dans le second. Prélèvement : gono. ; 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 39°), diminution de la douleur le lendemain. Le 10 février, 2<sup>e</sup> Poincloux (T° 38°5), disparition de la douleur provoquée. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, tr. ; 2<sup>e</sup> verre, lou. Prélèvement : gono. Le 14 février, 3<sup>e</sup> Poincloux (38°). Le 15, épididyme normal. Ur. tr. Traitement à l'urétrite.

### OBSERVATION 27

**L. L. (lit n° 22).** — Ecoulement le 1<sup>er</sup> juin 1937, épididymite droite, douloureuse, le 10 juillet. 1<sup>re</sup> Poincloux le 17 juillet (T° 40°4). Le 18, disparition de la douleur, l'épididyme régresse de moitié. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, cl., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, cl. Prélèvement : pas de gono. Le 19 juillet, 2<sup>e</sup> Poincloux (39°8). Diminution des 3/4 du volume. Le 21 juillet, 3<sup>e</sup> Poincloux (39°5). Le 22, épididyme normal ; petit noyau résiduel. Ur. cl. Prélèvement : germes banaux. On met le malade à la gonacrine et au repos ; rechute le 26 juillet ; le 27, 4<sup>e</sup> Poincloux (40°) ; le 28, l'épididyme régresse des 3/4. Le 29 juillet, 5<sup>e</sup> Poincloux (37°83). Epididyme normal. Ur. cl.

### OBSERVATION 28

**L. H. B. (lit n° 2).** — Ecoulement le 8 février 1937. Epididymite gauche le 25 février ; épididymite droite le 28 février. Le 1<sup>er</sup> mars, épididymite gauche grosse comme une orange, très douloureuse, l'épididymite droite est grosse comme une noix et moins douloureuse. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, tr. ; 2<sup>e</sup> verre, lou. Prélèvement : pas de gono. 1<sup>re</sup> Poincloux (39°). Le 2 mars, épididyme droit normal, le gauche a diminué de moitié. Ur. tr. Le 3 mars, 2<sup>e</sup> Poincloux (40°). Le 4 mars, épididyme droit normal, le gauche a diminué des 3/4 avec disparition de la douleur à la pression. Le 6 mars, 3<sup>e</sup> Poincloux (38°). Le 7 mars, tout est normal, noyau résiduel à gauche. A partir du 10 mars, gonacrine, et le 15 mars, lavages au permanganate, les urines s'éclaircissent et le malade sort le 10 avril.

### OBSERVATION 29

**A. S. (lit n° 28).** — Ecoulement depuis 3 mois. Le 3 août 1937, début d'une épididymite gauche assez douloureuse. Le 11 août, elle est grosse comme le poing. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou. ; 2<sup>e</sup> verre, cl. Prélèvement : pas de gono. 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 39°5). Le 13 août, l'épididyme a régressé de moitié, toute douleur a disparu ; 2<sup>e</sup> Poincloux (T° 39°). Le 14 août, épididyme normal avec petit noyau résiduel. Le 16, 3<sup>e</sup> Poincloux (T° 38°). Le 17 août, le malade sort guéri. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, cl., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, cl.

### OBSERVATION 30

**B. C. (lit n° 27).** — Ecoulement non soigné depuis le 1<sup>er</sup> juin 1937. Le 16 juin, grosse épididymite gauche. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, lou. Prélèvement : flore banale, pyocytes. 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 40°4). Dès le lendemain, régression de moitié et disparition de la douleur. Le 19 juin, 2<sup>e</sup> Poincloux (39°). Le 20 juin, diminution des 3/4. Ur. tr. Prélèvement : flore banale abondante, pas de gono. Le 21 juin, 3<sup>e</sup> Poincloux (39°5). Le 22 juin, épididyme normal, noyau résiduel. Ur. tr. dans les 2 verres.

### OBSERVATION 31

**B. M. (lit n° 5).** — Ecoulement le 28 février 1937. Epididymite droite le 25 mars. Gros comme une orange le 31 mars. Ur. lou. Prélèvement : pas de gono. apparents. 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 40°4). Le lendemain, l'épididymite a régressé des 3/4. Disparition de la douleur. Le 2 avril, 2<sup>e</sup> Poincloux (38°5). Le 3 avril, épididyme normal, noyau résiduel. Ur. lou. dans le 1<sup>er</sup> verre, cl. dans le 2<sup>e</sup>. Poincloux de consolidation le 5 avril (T° 38°). Le 6 avril, épididyme toujours normal. Prélèvement : pas de gono. On supprime la planchette et la glace. Le 8 avril : gonacrine. Le 14, légère récive : Poincloux (T° 40°2). Le 15 avril, tout rentre dans l'ordre et le malade sort guéri le 2 mai.

### OBSERVATION 32

**K. M. (lit n° 30).** — Ecoulement le 1<sup>er</sup> juillet (gonacrine). Le 1<sup>er</sup> août, épididymite droite. De la taille d'une noix le 15 août,

très douloureuse. Ur. lou. Prélèvement : pas de gono. Le 17 août, 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 39°). Le 20, pas de modification de volume, disparition de la douleur. 2° Poincloux (T° 38°5). Le 23, diminution d'un quart ; 3° Poincloux (40°8). Le 24 août, épидидyme absolument normal. On traite l'urétrite par des lavages.

### OBSERVATION 33

**B. A. (lit n° 16).** — Ecoulement le 15 novembre 1937. Le 1<sup>er</sup> décembre, épидидymite gauche très douloureuse. Ur. tr. Prélèvement : gono. 1<sup>re</sup> Poincloux (40°). Le 3 décembre, l'épididyme régresse de moitié ; 2° Poincloux (39°). Le 4, disparition de la douleur. Le 5 décembre, injection faite en dehors de la muqueuse : pas de réaction. Le 7 décembre, 4° Poincloux (40°). Le 8, noyau résiduel. Ur. cl. Prélèvement : gono. On traite l'urétrite par des lavages.

### OBSERVATION 34

**M. M. (lit n° 21).** — Ecoulement le 15 septembre 1937. Epидидymite droite le 22 septembre. Grosse comme une mandarine le 25 et très douloureuse. (T° 38°5). Ur. : lou. 1<sup>er</sup> verre ; cl., fil. 2° verre. Prélèvement : gono. Le 26 septembre, 1<sup>re</sup> Poincloux (40°). Le 27, la douleur diminue, diminution d'un quart. Le 29 septembre, 2° Poincloux (38°7). Le 1<sup>er</sup> octobre, 3° Poincloux (38°). Disparition de la douleur, diminution des 3/4. Le 4 octobre, 4° Poincloux (38°2). Epидидyme normal. Urines : 1<sup>er</sup> verre, tr. ; 2° verre, lou. A partir du 7 octobre, traité par du vaccin antigonococcique et la gonacrine, lorsque le 26 octobre, récidive qui cède à trois Poincloux.

### OBSERVATION 35

**N. B. (lit n° 16).** — Ecoulement et épидидymite droite le 12 octobre. Hydrocèle (T° 38°). Ur. : tr. Prélèvement : rares gono. Le 15 octobre : 1<sup>re</sup> Poincloux (41°). Disparition de la douleur, diminution de la moitié du volume de l'épididyme. Le 18, 2° Poincloux (39°5). Diminution des 3/4. Le 20 octobre, 3° Poincloux (40°8) : épидидyme normal. Le malade sort guéri le 29 octobre.

### OBSERVATION 36

**I. A. (lit n° 1).** — Ecoulement le 25 octobre 1936, traité par vaccin Pasteur et gonacrine. Le 4 novembre, grosse épididymite droite, très douloureuse. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou., fil.; 2<sup>e</sup> verre, lou. Prélèvement : gono. 1<sup>re</sup> Poincloux (39°8). Le 5 novembre, diminution de moitié et disparition de la douleur. Le 6 novembre, 2<sup>e</sup> Poincloux (38°). Etat stationnaire. Le 9 novembre, 3<sup>e</sup> Poincloux : injection manquée. Le 11 novembre, 4<sup>e</sup> Poincloux (39°). Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou.; 2<sup>e</sup> verre, cl., fil. Epididyme normal, noyau résiduel. Prélèvement : pas de gono. Disparition de l'écoulement le 14 novembre.

### OBSERVATION 37

**M. B. (lit n° 4).** — Le 2 novembre, épididymite gauche sans écoulement antérieur, très douloureux. Ur. : lou. Prélèvement : pas de germes. Le 3 novembre, 1<sup>re</sup> Poincloux (39°). Disparition de la douleur, diminution d'un tiers. Le 5 novembre, 2<sup>e</sup> Poincloux (39°2). Diminution des 3/4 du volume. Le 8 novembre, 3<sup>e</sup> Poincloux (39°), épididyme normal. Prélèvement : pas de germes apparents. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, cl., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, cl.

### OBSERVATION 38

**B. E. S. (lit n° 7).** — Ecoulement le 10 septembre. Epididymite droite, grosse comme une orange, le 7 octobre. Ur. : tr. dans les deux verres. Prélèvement : pas de gono. Le 8 octobre, 1<sup>re</sup> Poincloux (40°6). Le 9, disparition de la douleur, diminution de moitié de l'épididyme. Le 11 octobre, 2<sup>e</sup> Poincloux (40°8). Diminution des 3/4. Le 13 octobre, 3<sup>e</sup> Poincloux (40°5). Epididyme normal, réapparition de l'écoulement. Prélèvement : gono.

### OBSERVATION 39

**Z. A. (lit n° 4).** — Ecoulement depuis un mois. Le 18 août, épididymite double qui, le 3 septembre, sont grosses comme des mandarines, très douloureuse, cordons douloureux et indurés. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, lou. Prélèvement : rares gono. Le 3 septembre, 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 40°). Le 4, les épididymes ont

diminué de moitié ; les cordons sont normaux, la douleur a diminué. Le 6 septembre, 2° Poincloux (39°). Le 7, les épидидymes ont diminué des 3/4. Le 8 septembre, 3° Poincloux (39°). Le 9, épидидyme droit normal le gauche garde un noyau à la queue. Le 10 septembre, 4° Poincloux (T° 38°3). Le 11, les épидидymes sont normaux. Ur. : lou. Prélèvement, pas de germes.

#### OBSERVATION 40

**B. M. (lit n° 25).** — Ecoulement depuis deux mois. Epididymite double le 11 août, l'état général est atteint, on pense à une épидидymite bacillaire : traitement par l'antigène de Nègre et Bocquet. Pas de résultat. Le 18 octobre, 1<sup>re</sup> Poincloux (39°), diminution de moitié. Le 20 octobre, 2° Poincloux (33°8). Le 21, épидидyme droit normal, épидидyme gauche induré à la queue. Ur. : lou. Prélèvement : qqs. gono. Le 23 octobre, 3° Poincloux (38°). Epididymes presque normaux, sauf adhérences, disparition totale de la douleur. On continue l'antigène.

#### OBSERVATION 41

**A. S. (lit n° 28).** — Ecoulement depuis trois mois soigné par la gonacrine et le vaccin Pasteur. Le 11 août, épидидyme gauche comme le poing, assez douloureux. Ur. : lou. dans les deux verres. Prélèvement : germes sans gono. 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 39°5). Le 12, l'épididyme a diminué de moitié, la douleur a disparu. Le 13 août, 2° Poincloux (T° 39°), épидидyme presque normal. Le 15 août, 3° Poincloux (38°). Le 16, épидидyme normal, disparition de la goutte. Ur. : cl. Prélèvement : pas de germes. Sortie : le 17 août.

#### OBSERVATION 42

**Résumé observation 131 in these Copelovici.** — Ecoulement le 17 janvier. Epididymite gauche peu douloureuse le 22 janvier. Le 29 janvier, 1<sup>re</sup> Poincloux (37°9) ; l'épididyme diminue d'un quart. Le 30 janvier, 2° Poincloux (39°3). Tout est normal, l'écoulement cède à 1 cc. de vaccin. Le 3 février, le malade est sortant. Guérison en cinq jours.

### OBSERVATION 43

**Résumé observation 132, in these Copelovici.** — Ecoulement septembre. Epididymite droite le 13 janvier, traité par vaccin Pasteur jusqu'au 29 janvier, l'épididyme et le testicule forment alors une masse quatre fois plus grosse que la normale, on fait une 1<sup>re</sup> Poincloux (40°1). La douleur diminue, l'épididyme régresse de moitié. Le 9 février, 2<sup>e</sup> Poincloux, noyau résiduel. Sortant, mais récidive le 8 février, date à laquelle on pratique une 3<sup>e</sup> Poincloux (39°2). Le 15 février, guérison.

### OBSERVATION 44

**Résumé observation 135, in these Copelovici. — E. D. —** Ecoulement début janvier. Epididymite gauche le 28 janvier. Le 4 février, 1<sup>re</sup> Poincloux (40°7). Diminution d'un quart et diminution de la douleur. Le 6 février, 2<sup>e</sup> Poincloux (40°2), herpès de la face ; légère diminution de volume, la douleur a presque disparu. Le 11 février, 3<sup>e</sup> Poincloux sans réaction. Sortie le 12 février.

### OBSERVATION 45

**Résumé observation 188, in these Copelovici. — B. V. —** Ecoulement début février. Epididymite gauche le 19 février. Le 26 février, 1<sup>re</sup> Poincloux (37°9). Légère amélioration. Le 28, 2<sup>e</sup> Poincloux (38°2) ; grosse diminution de volume. Le 2 mars, 3<sup>e</sup> Poincloux ; épididyme presque normal, légère inflammation du méat. Le malade se considérant comme guéri n'est plus revu.

### OBSERVATION 46

**Résumé observation 141 these Copelovici. — C. H. —** Ecoulement décembre. Epididymite gauche en mars qui ne réagit pas au vaccin Pasteur sous-cutané. Le 25 mars, 1<sup>re</sup> Poincloux (39°8). Diminution de la douleur et du volume. Le 27 mars, 2<sup>e</sup> Poincloux (39°4). Amélioration progressive. Le 30 mars, 3<sup>e</sup> Poincloux (39°6) ; l'amélioration continue. Le 2 avril, 4<sup>e</sup> Poincloux sans réaction. Le 5 avril, le malade est guéri.

#### OBSERVATION 47

**Résumé observation 147 in these Copelovici. — B. E., 30 ans.**  
— Première blennorrhagie en 1917, sans guérison complète. Le 11 avril 1927, épididymite droite douloureuse, 1<sup>re</sup> Poincloux (38°3). Le 13 avril, 2<sup>e</sup> Poincloux (40°4), la douleur et l'épididyme diminuent. Le 16 avril, la douleur a disparu, l'épididyme est presque normal ; on pratique une 3<sup>e</sup> Poincloux (40°6). Le 20 avril, noyau résiduel. On traite l'urétrite.

#### OBSERVATION 48

**B. B. (lit n° 6).** — Ecoulement début janvier. Epididymite gauche le 21 janvier, très douloureuse. Ur. : cl. dans les deux verres. Prélèvement : flore abondante, sans gono. Le 15 février, 1<sup>re</sup> Poincloux (39°2), la douleur diminue, pas de modification du volume de l'épididyme. Le 17 février, 2<sup>e</sup> Poincloux (38°), la douleur disparaît, pas de modification de l'épididyme. Le 19 février, 3<sup>e</sup> Poincloux (40°), l'épididyme diminue des 2/3. Le 22 février, 4<sup>e</sup> Poincloux (39°) ; épididyme normal. Ur. : tr. ; on traite l'urétrite par la gonacrine.

#### OBSERVATION 49

**Résumé observation 121 in these Copelovici. — M. P. —**  
Ecoulement le 3 décembre 1928. Epididymite gauche le 8 janvier 1929, comme une orange et très douloureuse ; mauvais état général (38°2). 1<sup>re</sup> Poincloux, diminution de l'épididyme qui est moins douloureux. Le 9 janvier, 2<sup>e</sup> Poincloux (39°2), état à peu près stationnaire. Le 13 janvier, 3<sup>e</sup> Poincloux, sans réaction, la régression continue. Le 16, le malade est sortant, l'écoulement est tari en même temps que l'épididymite est guérie.

#### OBSERVATION 50

**Résumé observation 122 in these Copelovici. — M. Au., 26 ans.** — Le 3 août 1928, écoulement. 1<sup>re</sup> épididymite droite fin août, traitement (repos, lavage), qui passe à gauche fin octobre, traitée par le vaccin Pasteur ; légère amélioration et l'écoulement persiste. Le 8 janvier 1929, deux gros noyaux dans les

épididymes droit et gauche, 1<sup>re</sup> Poincloux sans réaction, la douleur diminue. Le 12 janvier, 2<sup>e</sup> Poincloux, sans réaction, l'écoulement (prélèvement : gono.) est nettement modifié. Le 15 janvier, 3<sup>e</sup> Poincloux (38°) céphalée pendant 36 heures. Le 19 janvier, la douleur a disparu, les noyaux épидидymaires ont presque disparu. Prélèvement : pas de gono. Le 15 février, tout est absolument normal.

### OBSERVATION 51

**Résumé observation n° 124 in these Copelovici.** — Ecoulement fin novembre. Epididymite droite le 6 janvier, arrêt de l'écoulement ; pas d'amélioration par le traitement classique. Le 15 janvier, 1<sup>re</sup> Poincloux (38°7). L'épididyme diminue d'un quart, la douleur diminue aussi dès le lendemain. Le 17 janvier, 2<sup>e</sup> Poincloux (39°7), vives réactions ; la douleur a presque disparu. Ces résultats ont été obtenus en trois jours. Le 19 janvier, 3<sup>e</sup> Poincloux (39°3). Le 21, 4<sup>e</sup> Poincloux (39°4), l'épididyme est presque normal. Malade sortant.

### OBSERVATION 52

**Traitement ambulatoire, personnelle. — L. R., 30 ans.** — Premier écoulement en 1930 ; deuxième écoulement le 24 janvier 1937. Le 3 février, ur. : 1<sup>er</sup> verre, cl., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, cl. Prélèvement : germes banaux. Le 26 février, épидидymite droite, vaccin Clin et gonacrine alterné du 3 mars au 23 avril ; pas d'amélioration, on met le malade au vaccin Pasteur et gonacrine alterné pendant un mois et sans résultat. Le 24 mai, ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, cl. fil. Permanganate total et oxycyanure jusqu'au 19 juin. Le 3 mars 1938, récidence au niveau du noyau épидидymaire droit. Ur. : cl. ; vaccins Clin le 5 et 7 mars, sans résultat l'épididyme grossit toujours. Le 9 mars, 1<sup>re</sup> Poincloux (1/8 de cc.) (T° 37°9). Le 11, l'épididymite a diminué de moitié ; la douleur est très atténuée ; ur. : 1<sup>er</sup> verre, cl., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, cl. ; 2<sup>e</sup> Poincloux (38°). Le 14, le noyau résiduel est constitué, 3<sup>e</sup> Poincloux (37°8). Le 16 mars, la douleur a définitivement disparu, épидидyme normal, gros noyau résiduel. Le malade peut reprendre son travail. Vaccin Pasteur et gonacrine alterné.

### OBSERVATION 53

**Inédite, due à l'obligeance de M. Bordier. — M. R., ingénieur, 27 ans.** — Écoulement vu le 14 janvier, datant de un mois. Prélèvement : gono. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, cl. T. R. noyau de prostatite. Le traitement classique est institué, lorsque le 26 juin, on est appelé pour constater une énorme épididymite gauche. On apprend que le malade ne s'est pas soigné. Léger suintement urétral sans gono. On institue le traitement classique. Le 29 juin, même état. Le malade demande de lui-même un traitement plus actif : 1<sup>re</sup> Poincloux (1/4 de gonagone), une partie est injectée à côté, car pusillanime, le malade a bougé. Le 1<sup>er</sup> juillet, 2<sup>e</sup> Poincloux, que le malade accepte très bien puisqu'il n'a pas souffert à la première injection. Après la 2<sup>e</sup> injection, la douleur a complètement disparu et l'épididyme diminue de moitié. Le 3 juillet, 3<sup>e</sup> Poincloux, l'épididyme diminue de un quart et le malade se lève. Le 6 juillet, dernière Poincloux après lequel le noyau résiduel est obtenu. Le malade est revu au cabinet huit jours après ; il est complètement guéri de son épididymite et de son urétrite sans aucun traitement en ce qui concerne cette dernière.

### OBSERVATION 54

**Inédite, due à l'obligeance de M. Bordier. — M. B., 28 ans, chauffeur de taxi.** — Consulte le 28 avril pour un écoulement datant de 15 jours. Lame : pus, gono. Ur. : tr, tr. A déjà eu une blennorragie en 1936. Traitement : lavages antérieurs sous faible pression, permanganate 0 gr. 10. Le 30 avril, épididymite gauche ; les lavages sont continués néanmoins. Le 3 mai, augmentation considérable de l'épididymite très douloureuse ; 1<sup>re</sup> Poincloux 1/2 cc. de gonagone (39°8). Le 5 mai, disparition de la douleur, diminution de moitié de l'épididyme. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, cl., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, cl. Le 7 mai, 2<sup>e</sup> Poincloux (39°) fait avec du vaccin Pasteur cette fois. Le malade est revu le 12 mai avec un petit noyau épididymaire ; 3<sup>e</sup> Poincloux de consolidation et on recommence les grands lavages sous faible pression. Le 14, noyau résiduel banal. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, cl., rares fil. ; 2<sup>e</sup> verre, cl. Plus de goutte, on refait un grand lavage avec perm. 0,15, puis un autre

le 19 mai et le malade est guéri de son urétrite. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, cl., rares fil. ; 2<sup>e</sup> verre, cl.

#### OBSERVATION 55

**B. C. Personnelle (lit n° 17).** — Ecoulement depuis huit jours. Le 18 avril, épididymite gauche. Ur. : tr. dans les deux verres. Prélèvement : gono. intra cellulaire. Le 20 avril, 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 38°2). Le 22 avril, 2<sup>e</sup> Poincloux (T° 38°2). Disparition de la douleur, diminution du volume de l'épididyme. Le 25 avril, 3<sup>e</sup> Poincloux (37°9). Noyau résiduel en voie de formation. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou. ; 2<sup>e</sup> verre, n. vues.

## OBSERVATIONS DU DEUXIÈME GROUPE

Ces trente-et-une observations constituent les cas extrêmement favorables du POINCLoux. La technique observée est la même que précédemment. Deux ou trois injections seulement ont donné la guérison en cinq jours tout au plus.

### a) **Température**

Comme précédemment à la première injection, la température s'est élevée entre 39 et 41° ; à la deuxième injection en général la température est moins élevée. Notons encore ici quelques cas — observations 8, 9, 10, 12 et 26 — dans lesquels la température a atteint au maximum 38°, avec d'excellents résultats.

### b) **Douleur**

Dans tous les cas, elle disparaît dès la première injection.

### c) **Epididyme**

Dans l'ensemble le noyau épидидymaire résiduel habituel est formé dès la deuxième injection ; exceptionnellement, nous avons constaté un épидидyme normal en vingt-quatre heures. (Obs. 1, 19, 24 et 27).

### d) **Urétrite**

Comme on le constate habituellement, l'écoulement qui avait cessé avec l'installation de l'épididymite réapparaît lors-

que cette dernière se trouve guérie, mais les gonocoques ont disparu ou diminué à l'examen du prélèvement.

Les urines troubles au début voient leur deuxième verre devenir souvent clair.

Comme d'habitude l'urétrite sera traitée par des lavages antérieurs ou par une série d'injections de vaccin PASTEUR et de jaune d'acridine alternés.

Dans les observations 9 et 25, l'urétrite guérit en même temps que l'épididymite.

#### e) **Complications**

Toujours bénignes, nous avons noté seulement de l'herpès. (Obs 13 et 29), et une persistance de la température à 39° pendant trois jours (obs. 23).

#### f) **Avantages**

Ils sont, dans ce cas, très intéressants, puisque la guérison est obtenue en moins de cinq jours : ici le but de méthode — raccourcir la durée de l'épididymite — est parfaitement atteint.

Trois de ces cas (obs. 4, 14, 17 et 21) ont été traités par d'autres méthodes, sans résultats. La première est un échec de la thérapeutique de schock par le Dmelcos ; la seconde est un échec de la vaccination intra-veineuse, la troisième et quatrième sont des échecs de la thérapeutique classique. Tous ces cas furent guéris par deux POINCELOUX.

### OBSERVATION 1

**M. T. (lit n° 27).** — Ecoulement depuis le 30 avril 1936. Entre le 3 mai avec épидидymite gauche volumineuse, douloureuse. Arrêt de l'écoulement. Aucun prélèvement possible. Le 6 mai, 1<sup>re</sup> injection type Poincloux (T° 40°5). Le 7 mai, disparition de la douleur. Epididyme de volume normal. Le 11 mai, prélèvement d'une goutte : poly. cellules épithéliales. Absence de germes.

### OBSERVATION 2

**B. M.** — Ecoulement depuis le 7 août 1936. Epididymite gauche le 7 septembre avec hydrocèle. Prélèvement : gono. Ur. : tr. Le 10 septembre, 1<sup>re</sup> Poincloux (41°). Disparition de la douleur. Epididymite régresse de moitié. Le 12 septembre, 2<sup>e</sup> Poincloux (40°). Diminution des 3/4. Le 14 septembre (40°). Noyau résiduel. Prélèvement : pas de gono. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou. ; 2<sup>e</sup> verre, cl. Traitement urétral habituel.

### OBSERVATION 3

**X. (lit n° 18).** — Ecoulement le 15 avril 1936. Le 15 mai, épидидymite gauche. Le 10 juin, entre à l'hôpital. Prélèvement : nombreux gono. Ur. : tr. Le 11 juin, 1<sup>re</sup> Poincloux (39°). Douleur et épидидymite très diminués. Le 13 juin, 2<sup>e</sup> Poincloux (38°). Noyau résiduel. Plus de douleur. Le 15, juin, 3<sup>e</sup> Poincloux (37°5). Epididymite guérie. Lavage et gonacrine par la suite. Guérison urétrite le 7 juillet.

### OBSERVATION 4

**K. A. et K. (lit n° 4).** — Ecoulement très abondant depuis le 22 août 1936, traité par gonacrine et lit. Le 2 septembre, épидидymite gauche. Le 3 septembre, épидидymite droite. On fait sept injections de vaccin Pasteur intraveineux dilué qui ne modifient pas l'épididymite. Le 25 septembre, 1<sup>re</sup> Poincloux (39°8). Diminution de l'épididymite. Le 27 septembre, 2<sup>e</sup> Poincloux (38°5). Noyau résiduel. Le malade est en traitement pour son urétrite.

### OBSERVATION 5

**A. O. (lit n° 8).** — Ecoulement depuis décembre 1935. Entre le 17 avril 1936 avec épididymite gauche. Prélèvement : nombreux gono. intra et extra-cellulaires. Le 18 avril, 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 40°6). Le 19, disparition presque complète de la douleur. L'épididymite est réduite de moitié. Le 20 avril, 2<sup>e</sup> Poincloux (T° 39°7). Le 22 avril, 3<sup>e</sup> Poincloux (T° 38°7). L'épididymite ne présente plus qu'un noyau résiduel non douloureux. Le 28 avril, prélèvement : qqs. cellules épithéliales, rares pyocytes, flore rare sans gono. Sort guéri de son urétrite le 9 mai 1936.

### OBSERVATION 6

**B. H. (lit n° 11).** — Ecoulement en 1923 avec épididymite gauche. Entre le 18 juin 1936 avec épididymite droite. Prélèvement : nombreux gono. Ur. : tr. dans les deux verres. Le 22 juin, 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 40°). Le 23 juin, disparition de la douleur. Epididymite réduite de moitié. Le 25 juin, 2<sup>e</sup> Poincloux (38°5). Epididyme ne présente qu'un noyau résiduel. Le 29 juin, 3<sup>e</sup> Poincloux (pas de T°). Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou. ; 2<sup>e</sup> verre, cl. Le 5 juillet, disparition des gono. après qqs. lavages et guérison.

### OBSERVATION 7

**K. S. (lit n° 9).** — Ecoulement depuis le 16 juillet 1936. Le 23 juillet, épididymite droite. Prélèvement : gono. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, cl. Le 27 juillet, 1<sup>re</sup> Poincloux (39°). Diminution épididymite seule (1/4). Le 29 juillet, 2<sup>e</sup> Poincloux (39°5). Le 31 juillet, 3<sup>e</sup> Poincloux (pas de réaction). Noyau résiduel. Le 2 août, lavages gonacrine. Le malade sort guéri au bout de qqs. jours.

### OBSERVATION 8

**A. (lit n° 23).** — Ecoulement depuis le 23 mai 1936. Le 18 juillet, épididymite gauche. Prélèvement : pus gono. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, tr. ; 2<sup>e</sup> verre, cl., fil. Le 21 juillet, 1<sup>re</sup> Poincloux (38°). Disparition de la douleur, diminution de l'épididymite. Le 23 juillet,

2° Poincloux (38°), noyau résiduel. Prélèvement : rares gono. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou. ; 2° verre, cl. Le malade sort guéri de son épидидymite.

#### OBSERVATION 9

**K. M. (lit n° 12).** — Ecoulement depuis le 12 juin. Le 2 juillet, épидидymite droite. Le 5 juillet, prélèvement : pus, sans germes. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou., fil. ; 2° verre, cl. 1<sup>re</sup> Poincloux (pas de réaction). Epididymite regressé des 3/4. Douleur diminue. Le 7 juillet, 2° Poincloux (38°). Noyau résiduel. Douleur disparue. Le 9 juillet, 3° Poincloux (pas de réaction). Guérison. Ur. : cl. dans les deux verres.

#### OBSERVATION 10

**L. ben M. (lit n° 24).** — Ecoulement depuis le 10 juillet 1936. Le 12 juillet, épидидymite gauche. Le 13 juillet, prélèvement : pus, pas de germes. Ur. : tr. Le 14 juillet, 1<sup>re</sup> Poincloux (pas de réaction). Disparition douleur. Epididymite presque normal. Le 17 juillet, 2° Poincloux (37°8). Noyau résiduel. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou., fil. ; 2° verre, cl. Lavages et guérison le 24 juillet.

#### OBSERVATION 11

**M. M. A. (lit n° 22).** — Ecoulement depuis le 20 août 1936. Epididymite gauche le 26 septembre. Prélèvement : gono. Ur. : tr. 1<sup>re</sup> Poincloux (40°5). Atténuation de la douleur. Diminution des 3/4 de l'épididymite. Le 28 septembre, 2° Poincloux (40°). Le 30 septembre, 3° Poincloux (38°8). Noyau résiduel. Traitement de l'urétrite.

#### OBSERVATION 12

**C. A. (lit n° 5).** — Ecoulement le 10 juillet 1937. Traitement par la gonacrine. Le 4 août, épидидymite gauche (hydrocèle légère). Ur. : 1<sup>er</sup> verre, tr. ; 2° verre, lou. Prélèvement : germes banaux, pas de gono. Le 13 août, 1<sup>re</sup> Poincloux (38°). Le 16 août, diminution des 3/4. 2° Poincloux (37°6). Le 17, épидидymite normal ; l'écoulement reprend. Epididymite guérie en quatre jours.

### OBSERVATION 13

**M. Y. (lit n° 9).** — Ecoulement le 2 octobre. Epididymite droite le 10 octobre. Ur. : tr. Prélèvement : qqs. gono. Le 14 octobre, 1<sup>re</sup> Poincloux (39°4). Le 15, disparition de la douleur, diminution de l'épididymite de moitié. Le 16 octobre, 2<sup>e</sup> Poincloux (40°2). Le 17, épидидyme normal. Herpès au niveau de la face, du dos et des fesses. Gonacrine.

### OBSERVATION 14

**G. R.** — Ecoulement depuis le 9 janvier 1937. Arthralgies. Le 9 février 1937, prélèvement : pus, cellules épithéliales, germes banaux. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, cl., avec fil., 2<sup>e</sup> verre, cl. Traitement : permanganate, oxycyanure, gonovaclydum. Le 18 février, aucun changement, même traitement. Le 1<sup>er</sup> mars, ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou. ; 2<sup>e</sup> verre, cl., fil. Prélèvement : pas de germes. Le 3 mars, ur. : lou. Le 11 mars, ur. : lou., cl., même traitement, prélèvement : pas de germes, pus, cellules épithéliales. Le 15 mars, ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou. avec fil., 2<sup>e</sup> verre, cl. Le 27 mars, persistance de la goutte du matin, même traitement. Le 2 avril, ur. : lou., lou. ; nitrate d'argent. Le 5 avril, orchite double, admission, traité par 5 injections I.V. de Dmelcos, sans amélioration. Epididymite droite, très douloureuse. Le 20 avril, 1<sup>re</sup> Poincloux (pas de réaction), diminution de la douleur et nette diminution de volume de l'épididymite. Le 22 avril, 2<sup>e</sup> Poincloux, diminution marquée de la douleur. Le 24 avril, 3<sup>e</sup> Poincloux, noyau résiduel. On traite l'urétrite par le vaccin Pasteur et gonacrine alternés. Le 21 septembre, persistance de l'écoulement intermittent ; traitement à partir du 22 octobre 1937, gonagone et permanganate.

### OBSERVATION 15

**A. M. (lit n° 24).** — Hospitalisé le 1<sup>er</sup> décembre 1936. Ecoulement le 10 novembre. Le 24 novembre, épидидymite droite très douloureuse. L'examen en date du 1<sup>er</sup> décembre, révèle un épидидyme droit gros comme une mandarine, noyau à la queue et adhérence à la face antérieure. Le côté gauche présente un petit noyau à la tête. Ur. : tr. Prélèvement : pyocytes, cellules

épithéliales, essaïms gono. 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 40°2). Le 2 décembre, diminution de la douleur et diminution de la moitié de volume. Le 3 décembre, 2<sup>e</sup> Poincloux (T° 40°). Le 4 décembre, épидидyme normal. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, tr. ; 2<sup>e</sup> verre, lou., fil. Le 5 décembre, 3<sup>e</sup> Poincloux de consolidation (T° 38°1). Le 6 décembre, l'épididyme est normal. Ur. : lou. Prélèvement : gono. Traitement de l'urétrite.

#### OBSERVATION 16

**Y. C. (lit n° 8).** — Ecoulement abondant le 10 septembre 1936. Epididymite gauche le 27 septembre, douloureuse, du volume d'une noix. Urines : 1<sup>er</sup> verre, cl., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, cl. Prélèvement : poly., flore abondante, pas de gono. Le 3 octobre, 1<sup>re</sup> Poincloux, ni réaction, ni modification locale. Le 5 octobre, 2<sup>e</sup> Poincloux (T° 40°8). Epididyme normal. Ur. : cl. Le malade reçoit qqs. injections de gonacrine et sort guéri.

#### OBSERVATION 17

**A. X. (lit n° 10).** — Ecoulement le 7 octobre. Le 10 octobre, gros noyau à la queue de l'épididyme gauche très douloureux. Traitement (repos, planchette, glace, vaccin Pasteur). Aucune amélioration locale. Le 4 novembre, après examen du prélèvement : gono. 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 39°2). Le 5 novembre, diminution de moitié. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, tr., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, lou. Le 6 novembre, 2<sup>e</sup> Poincloux (39°). Epididyme normal. Le 9 novembre, 3<sup>e</sup> Poincloux (38°4). Persistance de la guérison. Ur. : lou. ; cl., fil. Prélèvements : gono. et pyocytes. On traite l'urétrite.

#### OBSERVATION 18

**A. C. (lit n° 7).** — Ecoulement le 26 septembre. Ur. : tr. Prélèvement : gono. Le 1<sup>er</sup> octobre, épидидymite droite énorme, très douloureuse. Le 3 octobre, 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 39°). Le 5 octobre, l'épididyme a diminué des 3/4. 2<sup>e</sup> Poincloux (T° 39°8). Violentes réactions ayant nécessité adrénaline et sérum physiologique. Le 6 octobre, l'épididyme est normal. Ur. : cl. avec fil. Prélèvement : gono. Traitement de l'urétrite. Ur. : cl. et absence de germes.

### OBSERVATION 19

**Z. A. (lit n° 21).** — Ecoulement le 2 juillet. Epididyme droite le 10 juillet, gros comme un œuf. Ur. : lou. Prélèvement : gono. intra-cellulaires. Le 17 juillet, 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 38°9). Le 18 juillet, 2<sup>e</sup> Poincloux (T° 38°). Le 20, épидидyme normal, petit noyau résiduel. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, cl. et fil. ; 2<sup>e</sup> verre, cl. Le 23 juillet, gonacrine et le 28 juillet, ur. cl.

### OBSERVATION 20

**A. B. B. B.** — Antécédent : épидидymite en 1930. Ecoulement le 1<sup>er</sup> novembre 1936. Le 23, épидидymite droite, gros comme un œuf, très douloureux. Le 27 novembre, ur. : sanglantes dans le 1<sup>er</sup> verre ; tr. dans le 2<sup>e</sup>. Prélèvement : pas de gono. Le 28 novembre, 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 40°). Le 29, disparition de la douleur ; l'épididyme régresse des 3/4. Le 30, 2<sup>e</sup> Poincloux, épидидyme normal. Le 2 décembre, 3<sup>e</sup> Poincloux (39°), noyau résiduel. Ur. : lou. Prélèvement : pas de gono. Le 8 décembre, traitement de l'urétrite.

### OBSERVATION 21

**H. O. R. (lit n° 31).** — Ecoulement le 1<sup>er</sup> avril 1937. Epididymite droite le 1<sup>er</sup> mai, gros comme un œuf, très douloureux. Ur. : 1<sup>re</sup> verre, cl., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, cl. Prélèvements : peu de germes, sans gono. Malade mis au repos jusqu'au 10 mai : pas d'amélioration et 1<sup>re</sup> Poincloux (40°2) ; le 11 mai, l'épididyme a regressé de moitié. Ur. : lou. Prélèvement : gono. Le 12 mai, 2<sup>e</sup> Poincloux (39°) ; diminution des 3/4. Le 14 mai, 3<sup>e</sup> Poincloux (37°3), épидидyme normal, reprise de l'écoulement. Le malade sort guéri de son épидидymite.

### OBSERVATION 22

**H. H. (lit n° 12).** — Ecoulement le 1<sup>er</sup> octobre 1936. Epididymite droite très douloureuse le 6 octobre. Ur. : tr. Prélèvement : gono. 1<sup>re</sup> Poincloux (41°4). Le 7 octobre, disparition totale de la douleur, épидидyme presque normal. Le 8 octobre, 2<sup>e</sup> Poin-

cloux (39°6). Le 9, épидидyme normal. L'écoulement reprend. Ur. : tr. Epididymite guérie, traitement de l'urétrite.

#### OBSERVATION 23

**C. D. (chambre n° 4).** — Écoulement le 2 février 1937. Le 2 mars, épидидymite gauche, grosse comme le poing, douloureux. Ecoulement abondant (T° 39°6). Ur. : tr. dans les deux verres. Prélèvement : rares gono. 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 40°1). Le 3 mars, l'état général n'est pas meilleur, la T° est à 39°, mais la douleur a disparu et l'épididyme a diminué de moitié. Le 4 mars, 2° Poincloux (40°2). Le 5 mars, la température est toujours à 39°. Les ur. sont cl. ; l'épididyme est presque normal. Prélèvement : qqs. gono. Le 10 mars, après qqs. injections de gonacrine, le malade est négativé. Le malade sort guéri le 30, après qqs. lavages.

#### OBSERVATION 24

**S. L. (lit n° 24).** — Ecoulement depuis quatre mois. Le 9 mars, épидидymite gauche, grosse comme une noix, très douloureuse à la queue. Ur. : lou. dans les deux verres. Prélèvement d'un écoulement abondant : gono. Le 10 mars, 1<sup>re</sup> Poincloux (39°9). Le 11 mars, épидидyme normal, disparition de la douleur. Ur. : cl. Prélèvement : rares gono. intra-cellulaires. A partir du 17, gonacrine et lavages. Le 10 avril, le malade sort guéri.

#### OBSERVATION 25

**L. S. (lit n° 4).** — Ecoulement depuis trois mois. Epididymite gauche le 12 avril 1937, très douloureuses. Ur. : lou. Prélèvement : pas de germes. 1<sup>re</sup> Poincloux, le 13 avril (T° 39°5). Le 14, épидидyme presque normal, disparition de la douleur. Le 16 avril, 2° Poincloux (39°). Le 17, ur. : cl. dans les deux verres. Prélèvement : pas de germes, épидидyme normal. Le malade sort guéri le 20 avril.

#### OBSERVATION 26

**A. M. A. (lit n° 24).** — Ecoulement le 10 février 1937 (gonacrine). Le 11 mai, épидидymite droite peu douloureuse. Ur. : lou.

Prélèvement : pas de gono. 1<sup>re</sup> Poincloux au gonagone (38°2). Le 13 mai, l'épididyme a regressé des 3/4. 2<sup>e</sup> Poincloux (38°1). Le 14 mai, noyau résiduel. Ur. : tr. dans les deux verres. A partir du 16, qqs. injections de gonacrine. Le 18, ur. : cl.

#### OBSERVATION 27

**A. B. B. (lit n° 4).** — Ecoulement le 10 juillet. Epididymite gauche, très douloureuse. Le 29 juillet, ur. : 1<sup>er</sup> verre, cl., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, cl. Prélèvement : pas de gono. Le 30 juillet, 1<sup>re</sup> Poincloux (40°). Le 31, épидидyme normal, disparition de la douleur. Le 2 août, 2<sup>e</sup> Poincloux (T° 38°). Epididyme normal. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, cl., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, cl.

#### OBSERVATION 28

**B. K. (lit n° 24).** — Ecoulement le 14 août. Le 3 septembre, épидидymite gauche, très douloureuse, de la taille d'une mandarine. Ur. : lou. Prélèvement : gono. Le 4 septembre, 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 40°). Dès le lendemain, disparition de la douleur, diminution des 3/4 de l'épididyme. Le 6 septembre, 2<sup>e</sup> Poincloux (39°). Le 7, épидидyme normal, noyau résiduel. Ur. : lou. Prélèvement : qqs. gono. ; on traite l'urétrite.

#### OBSERVATION 29

**B. (lit n° 6).** — Ecoulement depuis 45 jours. Le 26 juillet 1937, épидидymite gauche. Le 9 août, mauvais état général, épидидyme gros comme une orange, cordon gros et douloureux. Ur. : tr. Prélèvement : pas de gono. Le 10 août, 1<sup>re</sup> Poincloux (40°5), malade fatigué. Le 11, disparition de la douleur, l'épididyme a diminué de moitié. Le 12 août, 2<sup>e</sup> Poincloux (41°). Le 13, herpès labial. Epididyme normal. Traitement de l'urétrite par la gonacrine et le vaccin Pasteur.

#### OBSERVATION 30

**G. A. (lit n° 5).** — Ecoulement depuis un mois. Le 9 août, épидидymite gauche, cordon induré et épanchement liquidien

dans la vaginale. Elle a débuté le 1<sup>er</sup> août. Le 13 août, 1<sup>re</sup> Poincloux (38°7). Le 14, disparition de la douleur et diminution de moitié de volume de l'épididyme. Prélèvement : pas de gono. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, tr. ; 2<sup>e</sup> verre, cl. Le 16 août, 2<sup>e</sup> Poincloux (38°2). Le 17, épididyme absolument normal. Le 19, le malade sort guéri.

### OBSERVATION 31

**Personnelle.** — **B. A. K.** (lit n° 19). — Ecoulement le 4 avril 1938. Epididymite droite le 12 avril, avec un peu de liquide dans la vaginale. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, tr. ; 2<sup>e</sup> verre, n. vues. Prélèvement : rares essaims gono. Le 19 avril, 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 40°5). Diminution de moitié. Le 21 avril, 2<sup>e</sup> Poincloux (T° 37°6). Le 23 avril, 3<sup>e</sup> Poincloux (T° 40°3). Disparition totale de la douleur et noyau résiduel. Prélèvement : germes banaux sans gono. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou. ; 2<sup>e</sup> verre, n. vues. Le 26, 4<sup>e</sup> Poincloux (39°). On traite l'urétrite par vaccin Pasteur et gonacrine alternés.

## OBSERVATIONS DU TROISIÈME GROUPE

Nous allons étudier maintenant un groupe de 13 observations qui représentent les cas dans lesquels la méthode de POINCLOUX n'a pas raccourci l'évolution de l'épididymite plus que ne l'aurait fait le traitement classique habituel.

### a) **Température**

Il est intéressant de remarquer que, dans les observations qui vont suivre, après la première injection la température, dans la majorité des cas, n'atteint pas 40°, tandis qu'à la deuxième injection elle dépasse souvent 40°. Habituellement, les températures vont en décroissant. On peut penser, que chez ces malades hypersensibles, le Poincloux agit plus par shock que par sa spécificité vaccinale. Dans ces cas, la méthode BASSET-POINCLOUX ressemble d'ailleurs dans ses résultats à ceux obtenus par la méthode classique, repos, planchette auquel on adjoint un vaccin sous-cutané pour provoquer ce shock.

### b) **Douleur**

Dans tous les cas, elle est favorablement influencée ; dans huit cas elle disparaît dès la première injection.

### c) **Epididyme**

Dans l'ensemble, après une ou deux injections, l'épididyme diminue de moitié très rapidement. Puis l'état reste station-

naire et le noyau résiduel se constitue très lentement, les injections suivantes semblant n'avoir aucun effet sur l'épididymite.

#### d) **Utérite**

Néanmoins on remarquera que ces traitements prolongés sont dus :

1° Dans trois cas à des récidives, l'infection passant d'un épидидyme à l'autre (obs. 2).

2° Dans un cas (obs. 3) l'efficacité d'une première injection engage à suspendre le traitement, entraînant une récidive huit jours après.

Et ceci prouve que le vaccin administré par la porte d'entrée, pas plus que les « autres modes d'administration ne préserve pas d'une rechute ou d'une nouvelle atteinte ».

3° A ce que la violence des réactions (obs. n° 5) oblige à suspendre le traitement dès la deuxième injection, ou à espacer les injections (obs. n° 9).

4° A ce que deux injections ratées ont prolongé la guérison de quinze jours (obs. 6).

5° A une association gono-bacillaire ayant nécessité des injections d'antigène méthylique.

6° A des complications.

#### e) **Complications**

Toujours rares et bénignes, nous avons observé :

1° Un œdème du gland (obs. n° 7) ;

2° Une température qui a duré trois jours (obs. n° 8) ;

3° Une littrite n'ayant cédé qu'à six injections de vaccins PASTEUR intra-veineux (obs. 10).

Nous pouvons affirmer ainsi que le POINCLOUX n'agit pas seulement pas schock, témoins ces températures de plus de 40° à chaque injection, sans que les résultats rapides que nous avons vus précédemment avec des températures légèrement décroissantes à chaque nouveau POINCLOUX.

### OBSERVATION 1

**Lec., 55 ans.** — Ecoulement le 1<sup>er</sup> juillet 1937. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, lou. Epididymite gauche. 1<sup>re</sup> Poincloux (40°8). Le 3 juillet, disparition de la douleur, diminution de moitié ; 2<sup>e</sup> Poincloux. Le 5 juillet, 3<sup>e</sup> Poincloux. Vu le 7 juillet, état stationnaire. Ur. : cl., fil. Un 4<sup>e</sup> Poincloux est fait le 8 juillet. Ur. : lou., fil. dans le 1<sup>er</sup> verre et cl., fil. dans le 2<sup>e</sup> verre. Le 12 juillet, vaccin Pasteur sous-cutané, jusqu'au 21 juillet : noyau résiduel non douloureux, prostate un peu volumineuse (massages, lavements chauds). Le 1<sup>er</sup> septembre, ur. : cl.

### OBSERVATION 2

**X.** — Ecoulement le 5 février 1937. Epididymite gauche le 19 mars. Douleur modérée, épидидyme de la grosseur d'une mandarine. Ur. : tr. Prélèvement : gono. Le 27 mars, 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 38°). Le 28 mars, disparition de la douleur et grosse diminution de l'épididyme. On arrête le traitement et le malade est au repos (planchette et glace). Le 5 avril, rechute ; prélèvement : gono. intra-cellulaires. Ur. : tr, 2<sup>e</sup> Poincloux (T° 39°5). Le 6, diminution de la moitié de volume et disparition de la douleur. Le 10, 3<sup>e</sup> Poincloux (T° 40°2). Le 11, noyau résiduel, le malade est aux lavages et à la gonacrine. Le 15 mai, récurrence sur l'épididyme droite. Prélèvement : gono. 1<sup>re</sup> Poincloux, le 16 mai (T° 39°8). Le 17 mai, disparition de la douleur, épидидyme diminué de moitié. Le 18 mai, 2<sup>e</sup> Poincloux (T° 40°6). Le 19 mai, l'épididyme a diminué des 3/4. Le 21, 3<sup>e</sup> Poincloux (T° 40°). Epididyme normal. On traite l'urétrite (gonacrine et lavages).

### OBSERVATION 3

**(Lit n° 28).** — Ecoulement au mois de janvier. Le 21 avril, épидидymite gauche, grosse comme une orange et très douloureuse. Le 25 avril, ur. : lou. dans les deux verres. Prélèvement : gono. Le 26 avril, 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 39°). L'épididyme a diminué de moitié. La douleur a disparu. Devant la rapidité d'action on suspend le traitement, malade au repos. La douleur réapparaît

le 3 mai, 2° Poincloux (41°), réaction intense. Le 7 mai, disparition de la douleur, régression progressive du volume de l'épididyme. 3° Poincloux (39°5). Le 8 mai, épидидymite guérie. Prélèvement : pyocytes avec essais gono. On traite l'urétrite par la gonacrine.

#### OBSERVATION 4

**D. A. (lit n° 26).** — Ecoulement le 15 mars. Epididymite gauche (T° 38°5), bourses et cordon enflammés. Le 3 avril, ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou., fil. ; 2° verre, cl. Prélèvement : pas de germes. Le 5 avril, 1<sup>re</sup> Poincloux (38°5), pas de modification. On met le malade à l'antigène lorsqu'un prélèvement fait le 14 avril montre des gono. 2° Poincloux (39°). Le 15, l'épididyme a diminué de moitié. Le 16 avril, 3° Poincloux (39°5). Le 17, épидидyme presque normal avec noyau adhérent. On refait antigène et gonacrine. Sort guéri un mois après.

#### OBSERVATION 5

**R. M. (lit 24).** — Ecoulement le 15 septembre 1937. Le 29 septembre, épидидymite gauche. Mauvais état général. Ur. : tr. dans les deux verres. Prélèvement : gono. Le 1<sup>er</sup> octobre, 1<sup>re</sup> Poincloux (39°). Le 2, disparition de la douleur, diminution de moitié. Le 4 octobre, 2° Poincloux (41°2). Le 5 octobre, la réaction a été vive, épидидyme normal, suspension du traitement. On continue par le vaccin Pasteur et la gonacrine. Le 14 octobre, légère récïdive. Le 15 octobre, 3° Poincloux (40°). Le 16, tout est normal. On traite l'urétrite.

#### OBSERVATION 6

**B. M. A. (lit n° 3).** — Ecoulement le 20 septembre. Le 4 octobre, épидидymite droite, très douloureuse. Ur. : lou. dans les deux verres. Prélèvement : absence de germes. Le 5 octobre : 1<sup>re</sup> Poincloux (37°5), injection ratée ; pas de réaction. Le 7 octobre, 2° Poincloux (40°4). Le 8, diminution des 3/4, disparition de la douleur. Le 9 octobre, 3° Poincloux (ratée), pas de réaction. Le 14 octobre, 4° Poincloux (40°2). Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou. ; 2° verre, cl. Prélèvement : gono. L'épididyme n'est pas encore

normal. Le 19 octobre, 5° Poincloux (38°). Le 20, épидидyme normal, noyau résiduel.

#### OBSERVATION 7

**A. B. B. (lit n° 26).** — Ecoulement le 1<sup>er</sup> janvier 1937. Epididymite gauche, grosse comme une orange, très douloureuse. Le 19 janvier, ur. : lou. Prélèvements : pas de germes. Le 20 janvier, 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 40°). Le 21, disparition de la douleur. L'épididyme a regréssé de moitié. Le 22 janvier, 2° Poincloux (40°). Le 23, l'épididyme a diminué des 3/4, apparition d'un gros œdème du gland ; on suspend les injections jusqu'au 20 février, date à laquelle on fait une 3° Poincloux (37°8). Epididyme normal. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, cl., fil. ; 2° verre, cl. Prélèvement : pas de gono. On traite l'urétrite par la gonacrine.

#### OBSERVATION 8

**Résumé observation 130, in thèse Copelovici.** — Epididymite gauche sans écoulement antérieur. Blennorragie soignée et guérie, il y a six ans. 1<sup>re</sup> Poincloux, le 26 janvier (39°3) pas de régression, température pendant trois jours. Le 30 janvier, 2° Poincloux (39°8), légère diminution de volume. Le 6 février, 3° Poincloux (40°), la douleur a disparu, l'épididyme a nettement diminué. Le 15 février, 4° Poincloux (38°2). Le 23, le malade est guéri, noyau résiduel.

#### OBSERVATION 9

**Résumé observation 140 in thèse Copelovici.** — Ecoulement avril. Epididymite droite début mars. Le 13 mars, 1<sup>re</sup> Poincloux (vives réactions) ; la douleur a beaucoup diminué. Le 15 mars, 2° Poincloux (40°2). Amélioration appréciable. Le 17 mars, 3° Poincloux (39°). Le 25 mars, épидидyme presque normal. 4° Poincloux, pas de réaction. Le 28, l'épididyme est normal ; on soigne l'urétrite.

#### OBSERVATION 10

**R. R.** — Ecoulement depuis le 1<sup>er</sup> mai 1936. Le 9 juin, épидидyme gauche. Le 17 juin, prélèvement : pas de gono. Ur. :

1<sup>er</sup> verre, cl., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, cl. Le 20 juin, 1<sup>re</sup> Poincloux (39°). Douleur disparaît, épididymite régresse de moitié. Le 22 juin, 2<sup>e</sup> Poincloux (38°5). Le 30 juin, 3<sup>e</sup> Poincloux (39°5). On s'aperçoit en outre d'une littrite très prononcée. Le 2 juillet, 4<sup>e</sup> Poincloux (39°). Diminution de la littrite. On fait des lavages et de la gonacrine, mais la littrite persiste. Elle guérit à la suite de six injections de vaccin Pasteur, intra-veineuses dilué, combiné aux lavages.

#### OBSERVATION 11

**Y. (lit n° 18).** — Ecoulement le 1<sup>er</sup> juin. Le 27 juin, épididymite droite. Prélèvement : gono. Ur. : tr. Le 2 juillet, 1<sup>re</sup> Poincloux (39°2). Douleur diminue, épididyme réduit de moitié. Le 4 juillet, 2<sup>e</sup> Poincloux (40°). Le 7 juillet, 3<sup>e</sup> Poincloux (37°6). Epididymite régresse des 3/4. Le 13 juillet, 4<sup>e</sup> Poincloux (38°9). Douleur persiste, l'épididymite ne se résorbe que très lentement.

#### OBSERVATION 12

**Personnelle. — B. A. (lit n° 2).** — Ecoulement le 7 mars 1938. Le 14 mars, épididymite gauche. Prélèvement : gono intra-cellulaires. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou. ; 2<sup>e</sup> verre, cl. Le 16 mars, 1<sup>re</sup> Poincloux (39°), réactions assez vives. Le 18 mars, 2<sup>e</sup> Poincloux (38°8). La douleur a disparu, l'épididymite régresse peu. A partir du 24 mars, on fait des injections alternées de vaccin Pasteur et gonacrine. Le noyau épididymaire résiduel se constitue progressivement.

#### OBSERVATION 13

**Personnelle. — A. A. B. (lit n° 7).** — Ecoulement depuis quinze jours. Epididymite droite le 20 mars 1938. Etat général médiocre, température à 40°. Prélèvement : pyocytes, pas de gono. Ur. : tr. Le 29 mars, 1<sup>re</sup> Poincloux, 1/8 cc. (39°). Diminution du volume de l'épididymite et de la douleur. Le 31 mars, 2<sup>e</sup> Poincloux (38°8). Le 2 avril, 3<sup>e</sup> Poincloux (38°). Prélèvement : gono. intra-cellulaire. Ur. : tr. La douleur a disparu, l'épididymite a regréssé des 3/4. Le 5 avril, gonacrine et vaccin Pasteur alterné. Le noyau résiduel se constitue progressivement.

## OBSERVATIONS DU QUATRIÈME GROUPE

Cette série de treize observations représente des échecs complets de la méthode de POINCELOUX.

### a) **Température**

Comme d'habitude l'élévation de température varie entre 39 et 41° après la première injection. Les réactions n'ont aucun caractère particulier, elles sont les mêmes que précédemment.

### b) **Douleur**

Toujours favorablement influencée dès la première injection.

### c) **Epididyme**

Quant à l'épididymite elle est peu améliorée, les régressions sont minimales.

### d) **Complication**

Nous avons noté :

- 1° De l'herpès labial (obs. 5) ;
- 2° De très vives réactions nécessitant la suspension du traitement (obs. 8).

Les cinq premières observations sont des cas mixtes, association gono. et bacillaire dans lesquels l'action favorable de l'antigène est indéniable.

D'autres sont des échecs sur des récidives (obs. 7 et 9), ce qui nous permet de dire que le vaccin a moins d'action par la suite quand il y a eu récidive.

L'observation 6 est un cas dans lequel le POINCLoux ne donnait pas de réaction et qui n'a guéri qu'avec des injections de vaccin PASTEUR intra-veineux.

### OBSERVATION 1

**B. L. H. (lit n° 12).** — Ecoulement le 1<sup>er</sup> mars. Epididymite gauche le 25 mars. Ur. lou. Prélèvement : flore variée, pas de gono. ; malade mis au repos le 3 avril. Aucune amélioration, le volume de l'épididyme augmente. Le 5 avril, 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 39°). Disparition de la douleur et peu de modification de volume. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, lou., fil. ; 2<sup>e</sup> verre, cl., fil. Le 7 avril. 2<sup>e</sup> Poincloux (T° 40°). Le 8 avril, diminution du tiers de volume. Le 9 avril, 3<sup>e</sup> Poincloux (T° 41°). Le 10 avril, diminution des 3/4 du volume, mais persistance d'un noyau induré. Prélèvement : ni pyocytes, ni gono. Nouveau traitement : gonacrine, antigène.

### OBSERVATION 2

**Y. B., 32 ans.** — Ecoulement le 1<sup>er</sup> juin. Epididymite droite le 2 juillet, gros comme le poing. Cordon gros, dur, irrégulier, bourses enflammées. Ur. tr. Prélèvement : gono. Le 13 juillet, 1<sup>re</sup> Poincloux au gonagone (40°). Le 14, légère diminution du volume et de la douleur. Le 15 juillet, 2<sup>e</sup> Poincloux au gonagone (39°2), état stationnaire. Le 17 juillet, 3<sup>e</sup> Poincloux, mais au vaccin Pasteur 3/4 de cc. (T° 40°). Le 18 juillet, disparition de la douleur et diminution de la moitié du volume. Le 19 juillet, 4<sup>e</sup> Poincloux (39°). Le 20 juillet, peu de modification, persistance d'un important noyau. Ur. : cl., fil. Prélèvement : gono. On entreprend alors un traitement alterné à la gonacrine et à l'antigène et le malade sort guéri le 14 août.

### OBSERVATION 3

**T. R. (chambre n° 5).** — Ecoulement soigné depuis le 22 novembre, épididymite droite très douloureuse. Toucher rectal : lobe gauche irrégulier. Ur. tr. Prélèvement : pas de germes (Résorcine : 111). On pense à une association gono.-bacillose. Le 26 novembre, 1<sup>re</sup> Poincloux (38°5). Le 27 novembre, disparition de la douleur et régression d'un tiers. Le 28, 2<sup>e</sup> Poincloux (38°). Le 30, pas de modification. On fait de l'antigène ; après douze injections le malade sort guéri.

#### OBSERVATION 4

**R. M. (lit n° 25).** — Ecoulement depuis trois mois. Epididymite gauche, le 19 juillet, gros comme un œuf, très douloureux. Ur. : cl., fil. dans les deux verres. Prélèvement : gono. Le 20 juillet, 1<sup>re</sup> Poincloux (39°5). Le 21, l'épididyme a diminué d'un tiers, disparition de la douleur. 22 juillet, 2<sup>e</sup> Poincloux (T° 38°5). Le 23, l'épididyme a régressé de moitié. Le 24, 3<sup>e</sup> Poincloux (38°). Le 27 juillet, la réduction n'étant pas complète, on met le malade à l'antigène et au bout de trois injections il ne reste qu'un tout petit noyau résiduel.

#### OBSERVATION 5

**Personnelle. — (Lit n° 14).** — Ecoulement le 15 janvier 1933. Le 9 février, épидидymite droite, très douloureux, de la taille d'un œuf. Prélèvement : pyocytes, pas de gono. Le 19 février, 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 39°). L'épididyme a diminué d'un tiers, la douleur disparaît. Le 21 février, 2<sup>e</sup> Poincloux (40°). L'épididyme régresse des 3/4. Herpès de la face. Prélèvement : germes banaux, pas de gono. Ur. tr. Le 23 février, 3<sup>e</sup> Poincloux (41°) ; épидидyme presque normal. Le malade est alors mis à l'antigène et aux rayons ultra-violets. Réaction de Vernes (39°). Le 14 mars, on constate des adhérences scrotales. Remis aux ultra-violets et à l'antigène, état stationnaire. L'écoulement persiste malgré la gonacrine.

#### OBSERVATION 6

**M. M. (lit n° 21).** — Urétrite depuis le 30 juin 1936. Epididymite droite le 26 juillet. Prélèvement : gono. Ur. : tr. Le 31 juillet, 1<sup>re</sup> Poincloux (39°5). Pas de modification. Le 3 août, 2<sup>e</sup> Poincloux (pas de réaction). Douleur seule s'atténue. Le 5 août, pas de réaction, pas de modification. Echec. Guérison par la suite avec vaccin Pasteur intra-veineux combiné à la gonacrine.

#### OBSERVATION 7

**B. (lit n° 1).** — Ecoulement depuis le 15 juin 1936. Traité par vaccin Demonchy. Le 26 juin, épидидymite gauche. 1<sup>re</sup> Poin-

cloux (40°). Diminution de la douleur seule. Le 1<sup>er</sup> juillet, 2° Poincloux (39°5). Epididymite diminué de 1/4. Le 3 juillet, 3° Poincloux (40°2). Epididyme presque normal. Le 11 juillet, 4° Poincloux (40°). Epididyme guéri. Noyau résiduel. Prélèvement : pas de gono. Le malade sort sur sa demande et revient le 20 juillet avec une épididymite droite. Prélèvement : nombreux gono. Le 20 juillet, 1<sup>re</sup> Poincloux, puis 2° Poincloux (39°) le 22 juillet. Echec. Malade indocile qui sort le 16 août non guéri, malgré vaccin Pasteur intra-veineux.

### OBSERVATION 8

**P. A.** — Ecoulement le 8 août 1937. Traité en ville (perman-ganate, Santal, queue de cerises). Consulte le 23 septembre 1937 : Epididymite droite avec noyau adhérent à la partie inférieure. Ur. : lou., fil. 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 38°5). Le 25 septembre, pas de modification locale. Ur. : tr. dans les deux verres. 2° Poincloux (40°2). Le 27 septembre, 3° Poincloux (40°7). Revu le 29 septembre ; l'épididyme n'a diminué que de moitié et le malade a présenté de grosses réactions générales (vomissements). On le traite alors au vaccin Pasteur et gonacrine.

### OBSERVATION 9

**K. S. (lit n° 28).** — Ecoulement depuis le 15 avril 1936. Le 23 mai, épididymite gauche. Entre le 25 mai. Ecoulement nul. Ur. : tr. dans les deux verres. Un peu de liquide dans la vaginale. Le 29 mai, 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 40°). Douleur et épididyme ne diminuent que légèrement. Le 2 juin, 2° Poincloux (T° 39°). Douleur très atténuée. Epididymite diminuée de moitié. Le 4 juin, 3° Poincloux (38°5). Noyau résiduel. Mais douleur augmentée. Le 6 juin, 4° Poincloux. Douleur persiste. Ur. : 1<sup>er</sup> verre, cl. fil. ; 2° verre, cl. Prélèvement : gono. Traitement de l'urétrite incomplet parce que le malade sort. Revient le 7 juillet, avec une épididymite à droite. Le Poincloux est alors sans action. Echec. Le malade guérit par le repos, la gonacrine et le cyanure agissant seuls sur sa douleur.

### OBSERVATION 10

**G. A.** — Ecoulement depuis un mois et demi. Le 4 janvier 1938, épididymite droite. Ur. tr. Le 6 janvier, 1<sup>re</sup> Poincloux.

Vives réaction (T° 40°6). Le 8 janvier, 2° Poincloux (39°). Douleur diminuée. Epididymite régresse de moitié. Le 10 janvier, 3° Poincloux. Le 12 janvier, 4° Poincloux ; l'épididymite a réaumenté. Vaccin Pasteur, gonacrine, septoplix.

### OBSERVATION 11

**Personnelle.** — **Traitement ambulatoire.** — **Esc., 29 ans.** — Ecoulement le 17 janvier 1938. Septoplix, permanganate. Prélèvement le 22 janvier : gono. Le 17 février, épididymite gauche. 1<sup>re</sup> Poincloux (injection imparfaite). Le 19 février, la douleur diminue, mais le volume persiste. Le 21 février, 2° Poincloux. Le 23 février, 3° Poincloux. La douleur a disparu, l'épididymite a un peu régressé. Le 25 juin, même état ; hydrocèle légère. Echec. On le met au vaccin Pasteur alterné avec gonacrine.

### OBSERVATION 12

**Personnelle.** — **H. A. (lit n° 9).** — Ecoulement le 1<sup>er</sup> mars 1938. Epididymite gauche le 24 mars. Ecoulement abondant. Prélèvement : gono. intra-cellulaires. Ur. : tr. Le 30 mars, 1<sup>re</sup> Poincloux 1/8 de cc. (T° 39°2). Légère amélioration. Le 1<sup>er</sup> avril, 2° Poincloux (38°5), 1/4 de cc. Le 4 avril, 3° Poincloux (37°8). Le 6 avril, 4° Poincloux (38°5). Ur. : tr. ; état stationnaire, la douleur a disparu, l'épididymite ne régresse pas. Echec. Vaccin Pasteur et gonacrine alternés.

### OBSERVATION 13

**Personnelle.** — **A. A. (lit n° 24).** — Ecoulement le 7 mars. Epididymite gauche peu volumineuse. Le 21 mars, prélèvement : gono. intra-cellulaires. Ur. : tr. tr. Le 30 mars, 1<sup>re</sup> Poincloux (T° 39°2), 1/8 de cc., diminution de la douleur. Le 1<sup>er</sup> avril, 2° Poincloux (38°5), 1/4 cc., légère diminution de l'épididymite. Le 4 avril, 3° Poincloux (37°8). Le 6 avril, 4° Poincloux (38°5). L'épididymite régresse lentement. Ur. : tr. tr. Echec. Vaccin Pasteur et gonacrine alternés.

De l'examen de toutes ces observations nous arrivons aux mêmes résultats, sur une plus grande échelle, que ceux publiés dans les *Archives Hospitalières*, par MM. MACHTOU et BORDIER.

Sans fonction de la température, qui se maintient entre 39° et 41°, les résultats sont constatables dans les vingt-quatre premières heures ; le temps moyen pour obtenir un épидидyme normal est une semaine.

Nous pouvons dresser le tableau de statistique suivant :

- Résultats favorables habituels, dans 50 % des cas ;
- Résultats extrêmement favorables, dans 27,6 % des cas ;
- Résultats médiocres tout au moins équivalent au traitement classique, dans 11 % des cas ;
- Résultats nuls, dans 11 % des cas.

Nous pouvons voir ainsi que la méthode de POINCELOUX donne un succès sûr dans plus de 78 % des cas ; l'injection à la porte d'entrée agit sur le processus inflammatoire et secondairement sur la douleur dans 78 % des cas ; ceci dans les quarante-huit premières heures après deux injections au maximum.

Reste à savoir ce qu'il faut penser de son mode d'action, chose que nous allons discuter au chapitre suivant.

## DISCUSSION SUR LA V.R.P.E. EN GÉNÉRAL APPLIQUÉE AUX ÉPIDIDYMITES EN PARTICULIER

Ainsi donc, dans chaque observation on retrouve la « maladie vaccinale » décrite par POINCLoux : incubation, invasion, période d'état, chute brusque de la température, le tout en quelques heures ; jamais de réaction au point d'injection : il semble, comme le fait remarquer FRON, que « au niveau des tissus de porte d'entrée les corps microbiens du vaccin soient protégés contre l'attaque des leucocytes ». Enfin, il est incontestablement des malades qui font leur « maladie vaccinale » avec une hyperthermie minima, sans différenciation entre l'incubation, l'invasion et la période d'état, ceci dû vraisemblablement à un facteur individuel en rapport avec le terrain du malade, comme on tend à l'admettre à l'heure actuelle, sans que les réactions locales soient différentes.

Reste à savoir par quel processus, par quel mécanisme intime sont provoquées les réactions (maladie vaccinale) et améliorations constatées.

TRAISSAC pense que la vaccination régionale par la porte d'entrée est une intra-veineuse inconsciente et que les réactions provoquées par les injections intra-veineuses sont identiques à celles constatées dans le Poincloux. Disons tout de suite que les injections faites avec du vaccin Pasteur dilué dans du sérum physiologique ont donné des réactions extrêmement vives ; de plus, elles peuvent être graves (Collapsus) pour des résultats minimes. Rappelons le cas où sept injections

intra-veineuses de vaccin Pasteur se sont montrées inefficaces et pour lequel deux Poincloux ont amené la guérison définitive. ARNAL, dans sa thèse, fait remarquer que « l'injection intra-veineuse de vaccin anti-gonococcique détermine des réactions chez des sujets indemnes de blennorragie, contrairement à l'injection par la porte d'entrée qui est sans réaction en cas d'erreur de diagnostic » et ceci à tel point que tous ceux qui se sont occupés de la V.R.P.E. reconnaissent à ces réactions une valeur de diagnostic étiologique. Les avis sont partagés, et DEBREZ et LAMBERT écrivent en 1932, dans la *Presse Médicale*, que « l'injection de vaccin gonococcique, en dehors de toute blennorragie, détermine des réactions de même nature et intensité que chez les sujets atteints d'annexites gonococciques », et les auteurs préconisent l'association de l'I.V. et de la V.R.P.E. avec de bons résultats ; nous ferons remarquer tout de suite que les expérimentations de DEBREZ et LAMBERT ont été faites sur des femmes où les portes d'entrée sont multiples et, étant donné l'importance capitale du diagnostic de porte d'entrée dans l'application de la méthode, nous dirons avec COPELOVICI que « la limitation d'action favorable est imputable à l'insuffisance de technique ».

Enfin CHEVALLIER, MAURICARD et PAUCHARD écrivent dans les *Annales des maladies vénériennes* : « Les meilleurs effets sont obtenus chez les malades dont la zone piquée est très nettement enflammée et dont la piqûre saigne un peu. Chaque fois que la piqûre réussit, c'est que la piqûre a été faite dans une région richement vascularisée. Nous avons l'impression que c'est une vaccination par voie capillaire. » Rappelons que la méthode exige après l'injection « une boule d'œdème « bien visible et durable » et l'urétrorragie constitue un accident bénin de l'injection, sans que personnellement nous ayant remarqué dans ce cas une amélioration plus rapide ; de toute façon, nous pouvons dire qu'en pratique ça saigne ; sans que pour cela les réactions soient plus ou moins vives et les résultats plus ou moins bons.

Est-ce de la pyrétothérapie, comme beaucoup d'auteurs l'admettent ? « Si le choc joue un rôle important dans la régression de l'épididymite, le vaccin lui-même a sa part » ; nous avons constaté des améliorations absolument sans température et, par contre, dans certains cas, l'élévation de température donne des résultats insignifiants ; dans d'autres cas, la guérison a été obtenue rapidement avec peu de retentissement sur l'état général et une élévation de température minime, pas au-dessus de 38°5, et nous n'avons pas les températures des malades qui ont suivi un traitement ambulatoire.

Quelle part attribuer au vaccin ? Quelque action que l'on puisse lui reconnaître, elle est liée, dans ce cas, à la spécificité régionale de la vaccination par la porte d'entrée. DEBRET et LAMBERT ont essayé d'autres voies d'action du vaccin anti-gonococcique ; dans les affections gonococciques, les voies sous-cutanées intra-dermiques, muqueuse buccale et conjonctivale sont sans réaction et dans le cas particulier des arthrites gonococciques, l'inoculation intra-articulaire de vaccin donne une réaction locale et générale semblable à celle produite par la V.R.P.E. ; ainsi on peut reconnaître à cette méthode un caractère spécifique local, bien qu'en réalité c'est une vaccination comme celle décrite par PASTEUR et surtout en tenant compte de la porte d'entrée ; la peau étant à la bactériémie charbonneuse, par exemple, ce qu'est le gonocoque à l'urètre.

A ce propos, COPELOVICI fait remarquer que si la vaccination préventive anti-charbonneuse par voie hypodermique s'est montrée efficace, les autres vaccinations préventives, où l'on ne tient absolument pas compte de la porte d'entrée, ont déçu nombreux praticiens. « Le succès de la vaccination anti-charbonneuse et anti-rabique ne serait-il pas dû à ce que la porte d'entrée des germes en question est la peau, par les filets nerveux pour le virus rabique », et il fait remarquer que le vaccin bilieux anti-typhique est une V.R.P.E. ?

Nous ne sommes pas les seuls à avoir remarqué que les réactions vives ne sont pas nécessaires pour obtenir guérison

ou amélioration. Donc la spécificité du vaccin, indéniable puisque le Poincloux a une valeur de diagnostic, n'a de valeur qu'autant que si le vaccin est injecté dans le tissu sensible de porte d'entrée. M. CHEVALLIER, qui a constaté des améliorations sans réactions, reconnaît la spécificité vaccinale et régionale, « l'injection en dehors du tissu de porte d'entrée ne donne pas de réaction ». BONNET, dans sa thèse avec six observations, constate que les améliorations ne sont franches qu'après les injections qui donnent la réaction la plus violente, mais pourtant il avoue qu'il semble difficile de conclure sur le mode d'action de ce traitement, et il pense que « la sensibilité spéciale au vaccin des tissus « porte d'entrée » est une propriété naturelle (comme leur réceptivité pour le microbe) ou encore qu'elle est acquise à la suite de l'infection antérieure » et tout ceci nous ramène à l'immunité dont le mécanisme intime est inconnu ; il faut croire qu'à l'heure actuelle la médecine ne peut plus se contenter d'explications matérialistes et mécanistes ; la spécificité semble entamée au profit des variations de réceptivité du terrain individuel qui se montrent plus importantes que la présence objective et décelable du microbe.

En conclusion de cette courte discussion sur les différentes suppositions d'action des Poincloux, il semble bien que la méthode n'ait rien de commun avec les injections intra-veineuses ou capillaires de vaccin ; et si le choc agit en partie, ce n'est qu'autant qu'on l'emploie avec un vaccin spécifique injecté à la porte d'entrée, car à aucun moment la médication de schock seule (Dmelcos, lait, etc...) n'a donné des résultats comparables à ceux obtenus par la V.R.P.E. appliqué au traitement des épидидymites blennorragiques. Il s'agit donc bien là d'une méthode spécifique dérivée des grands principes de la vaccination décrits par PASTEUR.

## CONCLUSIONS

I. — Les épididymites non tuberculeuses et notamment les épididymites gonococciques guérissent par le traitement classique en trois semaines en moyenne.

II. — Parmi tous les adjuvants essayés pour *raccourcir leur évolution*, c'est la vaccinothérapie qui a donné les moins mauvais résultats, qu'elle soit utilisée par voie sous-cutanée, intramusculaire ou intra-veineuse.

III. — Mais si la vaccinothérapie est appliquée à *la porte d'entrée*, c'est-à-dire sous la muqueuse urétrale selon le procédé de BASSET-POINCLoux, la durée de l'épididymite est considérablement diminuée. Le noyau résiduel est obtenu en 8 à 10 jours. De plus, l'urétrite concomitante est probablement influencée et guérit bien plus rapidement.

IV. — Nos statistiques qui se rapportent à 112 cas prouvent que ce mode de vaccinothérapie, absolument indolore au contraire de ce qu'on pourrait croire, mérite d'être plus largement employé qu'on ne le fait — surtout chez des malades dont l'arrêt de travail doit être réduit au minimum, c'est-à-dire la majorité des individus appartenant aux classes laborieuses.

## BIBLIOGRAPHIE

### ANNEE 1928

- AITOFF (Mme). — De la vaccination locale dans la gonococcie de la femme. (*La Presse Médicale*, N° 77, 26 septembre 1928).
- BARNET-POINCLOUX. — Traitement des Métrites par la V.R.P.E. *Gynécologie et obstétrique*, octobre 1928.
- POINCLOUX. — La vaccination régionale - applications diverses. (*C. R. de la Société de biologie*, 7 juillet 1928).
- La vaccination régionale (*C.R. Société de biologie*, 23 juin 1928).
- WEISSMANN (P.). — La V.R.P.E., traitement des métrites (*C. R. Société de biologie*, 30 juin 1928).

### ANNEE 1929

- BONNET (R.). — Contribution à l'étude du traitement des arthrites gonococciques (*Thèse Paris*, 1929).
- COPELOVICI. — La V.R.P.E. : Son application au traitement des arthrites gonococciques (*Thèse Paris*, 1929).
- DAOULAS. — Vaccination par la porte d'entrée de la blennorragie chez l'homme (*Archives médicales et pharmaceutiques navales*, N° 2, 1929, page 266).
- LIAN-POINCLOUX. — Méthode nouvelle d'immunisation curative - La V.R.P.E. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 23 avril 1929).
- POINCLOUX. — Méthode nouvelle de vaccination curative. La V.R.P.E. (*Presse Médicale*, 17 juillet 1929).

ANNEE 1930

- BASSET-POINCLOUX. — La V.R.P.E. - Son application au traitement des complications articulaires de la blennorrhagie (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 5 mars 1930).
- BLANCHIER. — La V.R.P.E. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 10 novembre 1930).
- DESPLAS-ZAGDOUN. — Société Nationale de Chirurgie (3 décembre 1930, page 1401).
- NAGGIAR. — La V.R.P.E. (*Bulletin de la Société Royale d'Egypte*, T. VII).
- POINCLOUX. — La V.R.P.E. Son application au traitement des salpingites (*Presse médicale*, 22 mars 1930).

ANNEE 1931

- ARLOING. — La V.R.P.E. (*Thèse Paris*, 1931).
- BASSET. — Arthrite gonococcique du genou droit (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 7 janvier 1931).
- DE SÈZE. — La vaccination à la porte d'entrée (*Progrès Médical*, 17 novembre 1931).
- LARNAGE (Mlle). — L'antivirusthérapie en gynécologie (*Thèse Paris*, 1931).
- MAYER (I.). — Contribution à l'étude du traitement des arthrites gonococciques par la V.R.P.E.
- MONDOR. — Quelques traitements récents des arthrites gonococciques aiguës (*Presse Médicale*, juillet 1931. N° 28).
- RICOU. — Traitement des arthrites gonococciques par la vaccination régionale de BASSET-POINCLOUX (*Société médico-chirurgicale de l'Indo-Chine, Section Saïgon*, 16 janvier 1931).
- SCHWARTZ (H.). — Arthrite gonococcique traitée par la méthode de POINCLOUX (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 18 novembre 1931).
- FRAISSAC. — Contribution à l'étude de la V.R.P.E. en gynécologie (*Thèse Bordeaux*, 1931).

ANNEE 1932

BARBELLION. — Contribution à l'étude de la vaccination anti-gonococcique par la porte d'entrée. 32<sup>e</sup> Congrès d'Urologie (*Presse Médicale*, 19 octobre 1932).

CHEVALLIER, MAURICARD et PAUCHARD. — Sur le traitement de l'orchi-épididymite blennorragique par les injections de vaccin dans la muqueuse urétrale (*Ann. des maladies vénériennes*, N<sup>o</sup> 27, juin 1932).

DELREZ et LAMBERT. — La V.R.P.E. (*Presse Médicale* du 27 juillet 1932).

IRON. — Application gynécologique de la V.R.P.E. (*Thèse Paris*, 1932).

GOUVERNEUR et MOTZ. — Les orchi-épididymites à staphylocoques. (*C. R. Société d'Urologie*).

MARCEL. — A propos du traitement de l'épididymite blennorragique par les injections de vaccin dans la muqueuse urétrale avec quelques considérations sur le vaccin anti-blennorragique (*Ann. des Maladies vénériennes*, N<sup>o</sup> 27, octobre 1932).

ANNEE 1933

POINCLOUX. — Traitement des arthrites gonococciques par le V.R.P.E. (*L'Hôpital*, mai 1933).

ANNEE 1934

ARNAL (G.). — Les métrites gonococciques par la V.R.P.E. (*Thèse de Montpellier*, 1934).

POINCLOUX. — Traitement des annexites (*L'Hôpital*, juillet 1934).

——— Traitement des métrites (*L'Hôpital*, N<sup>o</sup> 356, 1934).

——— Traitement des bartholinites par la V.R.P.E. (*L'Hôpital*, N<sup>o</sup> 354, mars 1934).

ANNEES 1935, 1936, 1937

- CONSTANTINESCO et DOBRESKO. — La valeur de la vaccinothérapie I. V. dans les gonococcies (*Journal d'Urologie*, T. 41, mai 1936).
- HEPPOLITUS (Paul). — The treatemen of gonarrheal épididymites by direct injections (*The urol. and cutane revue*, septembre 1936, page 628).
- LECUEU et DOSSOT. — La vaccinothérapie en urologie (*Monde Médical*, N° 895, février 1937).
- MACHTOU, BORDIER et BEN CHALDI. — A propos du traitement des épididymites gonococciques par la vaccination à la porte d'entrée (*Archives hospitalières*, décembre 1936, N° 10).
- VINTICI et ALBESEN. — Les polylysats microbiens dans le traitement des arthrites et épididymites gonococciques (*Journal d'Urologie*, T. 40, N° 3, septembre 1935).
- BARBELLION. — La Blennorragie (1937).







